

TERAPIA COGNITIVA

TEORIA E PRÁTICA

Judith S. Beck



VISIT...

LANZAROTE
Caliente.COM

Aviso ao leitor

A capa original deste livro foi substituída por esta nova versão. Alertamos para o fato de que o conteúdo é o mesmo e que esta nova versão da capa decorre da alteração da razão social desta editora e da atualização da linha de *design* da nossa já consagrada qualidade editorial.

artmed[®]
EDITOGRÁFICA



B393t Beck, Judith S.
Terapia cognitiva [recurso eletrônico] : teoria e prática / Judith S. Beck ;
tradução Sandra Costa. – Dados eletrônicos – Porto Alegre : Artmed, 2007.

Editado também como livro impresso em 1997.
ISBN 978-85-363-1152-4

1. Psicoterapia – Terapia cognitiva. I. Título.

CDU 615.851

TERAPIA COGNITIVA

TEORIA E PRÁTICA

Judith S. Beck, PH. D.

Introdução por Aaron T. Beck

Tradução

Sandra Costa

Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição:

Cristiano Nabuco de Abreu

*Psicólogo Clínico. Supervisor de Estágio em Psicoterapia na Universidade Paulista.
Coordenador do Curso de Especialização em Terapia Cognitiva Construtivista da
Universidade Paulista. Presidente da Associação Brasileira de Terapias Cognitivas
Construtivistas. Diretor do Núcleo de Psicoterapia Cognitiva de São Paulo.*

Ricardo Franklin Ferreira

*Psicólogo Clínico. Supervisor de Estágio em Psicoterapia na Universidade Paulista.
Coordenador do Curso de Especialização em Terapia Cognitiva Construtivista da
Universidade Paulista. Vice-Presidente da Associação Brasileira de Terapias
Cognitivas Construtivistas. Diretor do Núcleo de Psicoterapia Cognitiva de São Paulo.*

Reimpressão



1997

Obra originalmente publicada sob o título:
Cognitive therapy: basics and beyond

© The Guilford Press, 1995

Capa: *Mário Röhnelt*

Preparação do Original: *Paulo Furasté Campos, Alda Rejane Barcelos*

Supervisão editorial: *Letícia Bispo de Lima*

Editoração eletrônica: *VS Digital*

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED® EDITORA S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 - Santana
90040-340 Porto Alegre RS
Fone (51) 3027-7000 Fax (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte,
sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação,
fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO
Av. Angélica, 1091 - Higienópolis
01227-100 São Paulo SP
Fone (11) 3665-1100 Fax (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444

IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL

Para o meu pai,
Aaron T. Beck, M.D.

APRESENTAÇÃO À EDIÇÃO BRASILEIRA

A terapia cognitiva tem-se desenvolvido, nas últimas décadas, de uma maneira progressiva em todo o mundo. Nascida nos Estados Unidos na década de 60, a terapia cognitiva recebeu uma fundamentação empírica e conceitual, principalmente através dos trabalhos pioneiros de Aaron Beck. Nos dias de hoje, a “vertente beckiniana” pode ser seguramente considerada como uma das mais importantes, se não a mais importante e significativa. Tal movimento teve o seu início marcado pelo estudo dos quadros depressivos, em que foram identificados alguns aspectos do funcionamento das estruturas cognitivas (como os esquemas negativos, a tríade cognitiva e as distorções cognitivas). Hoje, a terapia cognitiva nos fornece uma ampla gama de procedimentos e descrições a respeito dos diversos processos cognitivos em diferentes problemas psicológicos e vários transtornos de personalidade. Alguns livros, já publicados por esta editora, oferecem ao terapeuta ávido uma boa amostra do pensamento de Beck na atualidade: *Terapia cognitiva da depressão* (no prelo), *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*, *Terapia cognitiva na prática clínica*.

Para se ter uma idéia da difusão dessa abordagem, vale a pena ressaltar brevemente que o movimento cognitivo dispunha, no início dos anos 90, cerca de vinte tipos distintos de terapias cognitivas que, em recente publicação de Mahoney (1995),¹ foram classificados sob duas referências epistemológicas básicas: os objetivistas (ou também chamados “racionalistas”) e os “construtivistas”. No primeiro grupo de terapeutas cognitivos, os “racionalistas”, contamos com algumas personalidades tradicionais no cenário internacional que dispensariam qualquer apresentação, como o próprio Aaron Beck, Albert Ellis, Donald Meichenbaum, entre outros. Entre os terapeutas cognitivos considerados “construtivistas”, poderíamos citar alguns importantes pesquisadores, como Vittorio Guidano, na Itália, com a “terapia cognitiva pós-racionalista”, Oscar Gonçalves, em Portugal, com a “terapia cognitiva narrativa” e, evidentemente, sem deixar de mencionar Michael Mahoney, diretor da *Society for Constructive Change* e editor de outra obra recente, também publicada por esta editora, *Construtivismo em psicoterapia*.

Neste livro, Judith (Judy) Beck, filha de Aaron Beck, fornece-nos uma valiosa sistematização da teoria e da prática da terapia cognitiva. Uma qualidade desta obra refere-se ao seu aspecto didático, no qual Judy sugere ao leitor formas de planejam-

¹ Mahoney, M. J. (1995). Theoretical developments in the cognitive psychotherapies. In M. J. Mahoney (Ed.), *Cognitive and constructive psychotherapies: theory, research and practice*. New York: Springer & APA.

to e possíveis intervenções na psicoterapia. Numa sequência progressiva, são abordados os passos através dos quais os terapeutas poderiam guiar-se para desenvolver procedimentos dentro do modelo de Beck. Além disso, são discutidas dificuldades comumente encontradas no processo de ajuda. Essa sistematização, entretanto, pode sugerir ao leitor que a aplicação desse modelo encerra princípios por demais restritos, em que há um modelo “padronizado” de intervenções, o que tem sido alvo de críticas em algumas publicações. Contudo, se o leitor considerar o aspecto pedagógico e a simplicidade de suas descrições, concluirá que esta obra se tornará um importante guia na aplicação da terapia cognitiva de Beck.

Esperamos que, além de ser uma importante contribuição ao desenvolvimento da terapia cognitiva no Brasil, seja também útil a todos os terapeutas (iniciantes ou não) que desejam aprimorar os seus conhecimentos em psicologia e em psicoterapia.

Congratulamos também esta editora, pelo interesse e seriedade que tem demonstrado em relação aos assuntos da psicologia e especialmente da terapia cognitiva.

Cristiano Nabuco de Abreu

Ricardo Franklin Ferreira

(Núcleo de Psicoterapia Cognitiva de São Paulo)

PREFÁCIO

Ao conduzir *workshops* e seminários nacionais e internacionais durante os últimos dez anos, três coisas me surpreenderam. Primeiro, o crescente entusiasmo pela terapia cognitiva, um dos poucos sistemas unificados de psicoterapia empiricamente validados. Segundo, o forte desejo dos profissionais de saúde mental de aprender como fazer terapia cognitiva de uma forma consistente, orientados por conceituação e técnicas de conhecimento robustas. Terceiro, o grande número de concepções errôneas sobre a terapia cognitiva, como as seguintes: ela é meramente um conjunto de técnicas; ela subestima a importância das emoções e do relacionamento terapêutico; ela desconsidera a origem infantil de muitas dificuldades psicológicas.

Incontáveis participantes de *workshop* me contaram que usavam técnicas cognitivas há anos, sem jamais rotulá-las como tal. Outros, familiarizados com o primeiro manual de terapia cognitiva, *Cognitive therapy of depression* (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979), esforçaram-se para aprender a aplicar essa forma de terapia mais efetivamente. O presente livro é projetado para um público amplo, desde os profissionais de saúde mental que nunca foram expostos à terapia cognitiva até os que são bastante experientes, porém desejam melhorar suas habilidades de conceituar pacientes cognitivamente, planejar o tratamento, empregar uma variedade de técnicas, avaliar a efetividade do seu tratamento e especificar problemas que surgem nas sessões de terapia.

Para apresentar o material da forma mais simples possível, escolhi uma paciente para usar como exemplo ao longo do livro. Sally foi minha paciente quando comecei a escrever este livro, há vários anos. Ela era uma paciente ideal em várias maneiras, e seu tratamento exemplificava claramente a terapia cognitiva padrão para a depressão descomplicada em um único episódio.

Este manual básico de terapia cognitiva descreve os processos da conceituação cognitiva, planejamento do tratamento, estruturação das sessões e diagnóstico de problemas que deverão provar sua utilidade para qualquer paciente. Embora o tratamento descrito seja para um caso simples de depressão, as técnicas apresentadas também se aplicam a pacientes com uma ampla variedade de problemas. Referências a outros transtornos também são oferecidas de modo que o leitor possa aprender a delinear o tratamento apropriadamente.

Este livro não poderia ter sido escrito sem o trabalho revolucionário do pai da terapia cognitiva, Aaron T. Beck, que é também meu pai, uma pessoa extraordinária, além de eminente cientista, teórico e clínico. As idéias apresentadas neste livro são uma destilação de muitos anos da minha própria experiência clínica combinada com

leituras, supervisões e discussões com meu pai e com outros. Eu aprendi muito de cada supervisor, acompanhando atividades internas e externas, bem como adquiri bons ensinamentos junto a pacientes com quem trabalhei. Sou grata a todos eles.

Além disso, gostaria de agradecer às muitas pessoas que me deram retorno enquanto eu estava escrevendo este livro, especialmente Kevin Kuehlwein, Christine Padesky, Thomas Ellis, Donald Beal, E. Thomas Dowd e Richard Busis. Meus agradecimentos a Tina Inforzato, Helen Wells e Barbara Cherry, que prepararam o manuscrito, e a Rachel Teacher, B.A. e Heather Bogdanoff, B.A., que ajudaram nos toques finais.

SUMÁRIO

Apresentação à Edição Brasileira	vi
<i>Cristiano Nabuco de Abreu</i>	
<i>Ricardo Franklin Ferreira</i>	
Introdução	13
1. História da Terapia Cognitiva	17
2. Conceituação Cognitiva.....	28
3. A Estrutura da Primeira Sessão de Terapia.....	40
4. Sessão Dois em Diante: Estrutura e Forma	59
5. Problemas na Estruturação da Sessão Terapêutica	76
6. Identificando os Pensamentos Automáticos.....	87
7. Identificando as Emoções.....	105
8. Avaliando os Pensamentos Automáticos.....	116
9. Respondendo aos Pensamentos Automáticos	136
10. Identificando e Modificando as Crenças Intermediárias	147
11. As Crenças Centrais.....	175
12. Técnicas Cognitivas e Comportamentais Complementares.....	200
13. A Construção de Imagem	234
14. Tarefas de Casa.....	252
15. Término e Prevenção de Recaída.....	272
16. Planejando o Trabalho.....	287
17. Problemas na Terapia	304
18. Progredindo como Terapeuta Cognitivo	316

Apêndice A

Relatório de Resumo de Caso.....	319
----------------------------------	-----

Apêndice B

Uma Lista de Leitura Básica sobre Terapia Cognitiva para Terapeutas.....	323
--	-----

Apêndice C

Lista de Leitura Básica sobre Terapia Cognitiva para Pacientes (e Terapeutas) ...	326
---	-----

Apêndice D

Recursos de Terapia Cognitiva	327
-------------------------------------	-----

Referências Bibliográficas	329
----------------------------------	-----

Índice.....	336
-------------	-----

INTRODUÇÃO

“Qual é o objetivo deste livro?” é a pergunta natural levantada pelo leitor de qualquer livro sobre psicoterapia, devendo ser abordada na introdução. Para responder a essa pergunta para os leitores do livro da dra. Judith Beck, *Terapia cognitiva: Teoria e prática*, preciso levar o leitor de volta aos primeiros dias da terapia cognitiva e ao seu desenvolvimento desde então.

Quando comecei a tratar pacientes com um conjunto de procedimentos terapêuticos que posteriormente rotulei como “terapia cognitiva”, eu não tinha a menor idéia de onde me conduziria essa abordagem que se afastava tão fortemente do meu treinamento psicanalítico. Com base nas minhas observações clínicas e em alguns estudos clínicos e experimentos sistemáticos, teorizei que havia um transtorno de pensamento no cerne das síndromes psiquiátricas como depressão e ansiedade. Esse transtorno estava refletido em uma tendência sistemática no modo como os pacientes interpretaram experiências particulares. Apontando essas interpretações tendenciosas e propondo alternativas, ou seja, explicações mais prováveis, verifiquei que eu podia produzir uma redução quase imediata dos sintomas. Treinar os pacientes nessas habilidades cognitivas ajudou a sustentar a melhora. A concentração em problemas aqui-e-agora pareceu produzir alívio quase total de sintomas em dez a quinze semanas. Experiências clínicas posteriores realizadas pelo meu próprio grupo e por clínicos/investigadores em outros lugares apoiaram a eficácia dessa abordagem para transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e transtornos de pânico.

Em meados da década de 80, eu podia alegar que a terapia cognitiva atingira um *status* de “Sistema de Psicoterapia.” Ela consistia em (1) uma teoria da personalidade e psicopatologia com sólidos achados empíricos para apoiar seus postulados básicos; (2) um modelo de psicoterapia com conjuntos de princípios e estratégias que combinavam com a teoria da psicopatologia e (3) achados empíricos sólidos embasados em estudos de resultados clínicos para apoiar a eficácia dessa abordagem.

Desde o meu trabalho inicial, uma nova geração de terapeutas/pesquisadores/professores conduziu investigações básicas do modelo conceitual da psicopatologia e aplicou a terapia cognitiva a um amplo espectro de transtornos psiquiátricos. As investigações sistemáticas exploram as dimensões cognitivas básicas da personalidade e os transtornos psiquiátricos, o processamento idiossincrático e recordação

de informações sobre esses transtornos e o relacionamento entre vulnerabilidade e estresse.

As aplicações da terapia cognitiva a uma série de transtornos psicológicos e médicos estendeu-se para muito além de qualquer coisa que eu pudesse ter imaginado quando tratei meus primeiros casos de depressão e ansiedade com terapia cognitiva. Com base em experiências de resultado, investigadores no mundo inteiro, mas particularmente nos Estados Unidos, estabeleceram que a terapia cognitiva é efetiva em condições tão diversas quanto transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, fobias de todos os tipos e transtornos alimentares. Frequentemente em combinação com medicamentos ela foi útil para o tratamento de transtorno afetivo bipolar e esquizofrenia. A terapia cognitiva também foi considerada benéfica em uma ampla variedade de transtornos médicos crônicos, como dor na coluna lombar, colite, hipertensão e síndrome de fadiga crônica.

Com uma grande quantidade de aplicações da terapia cognitiva, como pode um terapeuta cognitivo aspirante começar a aprender as particularidades dessa terapia? Citando *Alice no país das maravilhas*, “Comece do princípio.” Isso então nos remete de volta à pergunta no início dessa introdução. O propósito deste livro da dra. Judith Beck, psicóloga pertencente a uma nova geração de terapeutas cognitivos (e que, quando adolescente, foi uma das primeiras a me escutar expor sobre minha nova teoria), é prover uma fundação básica sólida para a prática da terapia cognitiva. Apesar do formidável escopo de diferentes aplicações da terapia cognitiva, todas são embasadas nos princípios fundamentais delineados neste volume. Outros livros (alguns deles escritos por mim) orientaram o terapeuta cognitivo pelo labirinto de cada um dos transtornos específicos. Este volume tomará seu lugar, eu creio, como um texto básico para terapeutas cognitivos. Mesmo terapeutas cognitivos experientes considerarão este livro bastante útil para aguçar suas habilidades de conceituação, expandir seu repertório de técnicas terapêuticas, planejar tratamento mais efetivo e resolver dificuldades em terapia.

Evidentemente, nenhum livro pode substituir supervisão em terapia cognitiva. Este livro, porém, é um importante volume e pode ser complementado pela supervisão prontamente disponível através de uma rede de terapeutas cognitivos treinados (Apêndice D).

A dra. Judith Beck é eminentemente qualificada para oferecer este guia para terapia cognitiva. Durante os últimos dez anos, ela conduziu *workshops* e conferências de casos e deu palestras sobre terapia cognitiva, supervisionou inúmeros terapeutas iniciantes e experientes em terapia cognitiva, ajudou a desenvolver protocolos de tratamento para diversos transtornos e participou ativamente na pesquisa sobre terapia cognitiva. Baseada nesse *background*, escreveu um livro com uma rica carga de informações para aplicar essa terapia.

A prática da terapia cognitiva não é simples. Observei alguns participantes em experiências clínicas que podem, por exemplo, evoluir para diversas fases do trabalho com “pensamentos automáticos”, sem nenhum entendimento real das per-

cepções dos pacientes, de seu mundo pessoal ou qualquer senso do princípio de “empiricismo colaborativo.” O propósito do livro da dra. Judith Beck é educar, ensinar e treinar tanto o terapeuta novato como o experiente em terapia cognitiva e ela obteve admirável êxito nessa missão.

Aaron T. Beck, M.D.

1

HISTÓRIA DA TERAPIA COGNITIVA

A terapia cognitiva foi desenvolvida por Aaron T. Beck, na Universidade da Pensilvânia no início da década de 60, como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, para depressão, direcionada a resolver problemas atuais e a modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais (Beck, 1964). Desde aquela época, Beck e outros vêm adaptando com sucesso essa terapia para um conjunto surpreendentemente diverso de populações e desordens psiquiátricas (ver, por exemplo, Freeman & Dattilio, 1992; Freeman, Simon, Beutler & Arkowitz, 1989; Scott, Williams & Beck, 1989). Essas adaptações mudaram o foco, a tecnologia e a duração do tratamento, porém os pressupostos teóricos em si permaneceram constantes. Resumidamente, o *modelo cognitivo* propõe que o pensamento distorcido ou disfuncional (que influencia o humor e o comportamento do paciente) seja comum a todos os distúrbios psicológicos. A avaliação realista e a modificação no pensamento produzem uma melhora no humor e no comportamento. A melhora duradoura resulta da modificação das crenças disfuncionais básicas dos pacientes.

Diversas formas de terapia cognitivo-comportamental foram desenvolvidas por outros teóricos importantes, notadamente a terapia racional-emotiva de Albert Ellis (Ellis, 1962), a modificação cognitivo-comportamental de Donald Meichenbaum (Meichenbaum, 1977) e a terapia multimodal de Arnold Lazarus (Lazarus, 1976). Contribuições importantes foram feitas por muitos outros, incluindo Michael Mahoney (1991), Vittorio Guidano e Giovanni Liotti (1983). Panoramas históricos da área fornecem uma rica descrição de como as diferentes correntes da terapia cognitiva se originaram e cresceram (Arnkoff & Glass, 1992; Hollon & Beck, 1993).

A terapia cognitiva, conforme desenvolvida e refinada por Aaron Beck, é enfatizada neste volume. Ela é singular no sentido de que é um sistema de psicoterapia com uma teoria da personalidade e da psicopatologia unificadas, apoiadas por evidências empíricas substanciais. Ela tem uma terapia operacionalizada com uma ampla gama de aplicações também apoiadas por dados empíricos, que são prontamente derivados da teoria.

A terapia cognitiva foi extensamente testada desde a publicação do primeiro estudo de resultado, em 1977 (Rush, Beck, Kovacs & Hollon, 1977). Estudos controlados demonstraram sua eficácia no tratamento do transtorno depressivo maior (ver Dobson, 1989, para uma meta-análise), transtorno de ansiedade generalizada (Butler, Fennell, Robson & Gelder, 1991), transtorno de pânico (Barlow, Craske, Cerny & Klosko, 1989; Beck, Sokol, Clark, Berchick & Wright, 1992; Clark, Salkovskis, Hackmann, Middleton & Gelder, 1992), fobia social (Gelernter et al., 1991; Heimberg et al., 1990), abuso de substância (Woody et al., 1983), transtornos alimentares (Agras et al., 1992; Fairburn, Jones, Peveler, Hope & Doll, 1991; Garner et al., 1993), problemas de casais (Baucom, Sayers & Scher, 1990) e depressão de pacientes internados (Bowers, 1990; Miller, Norman, Keitner, Bishop & Dow, 1989; Thase, Bowler & Harden, 1991).

A terapia cognitiva está correntemente sendo aplicada no mundo inteiro como o único tratamento ou como um tratamento adjuntivo para outros transtornos. Alguns exemplos são transtorno obsessivo-compulsivo (Salkovskis & Kirk, 1989), transtorno de estresse pós-traumático (Dancu & Foa 1992; Parrott & Howes, 1991), transtornos de personalidade (Beck et al., 1990; Layden, Newman, Freeman & Morse, 1993; Young, 1990), depressão recorrente (R. DeRubeis, comunicação pessoal, outubro 1993), dor crônica (Miller, 1991; Turk, Meichenbaum & Genest, 1983), hipocondríase (Warwick & Salkovskis, 1989) e esquizofrenia (Chadwick & Lowe, 1990; Kingdon & Turkington, 1994; Perris, Ingelson & Johnson, 1993). A terapia cognitiva para populações diferentes de pacientes psiquiátricos está sendo estudada: internos em prisões, crianças escolares, pacientes médicos com uma ampla variedade de doenças, entre muitos outros.

Persons, Burns e Perloff (1988) verificaram que a terapia cognitiva é efetiva para pacientes com diferentes níveis de educação, renda e *background*. Ela foi adaptada para trabalho com pacientes de todas as idades, da pré-escola (Knell, 1993) até os idosos (Casey & Grant, 1993; Thompson, Davies, Gallagher & Krantz, 1986). Embora este livro focalize exclusivamente o tratamento individual, a terapia cognitiva também foi modificada para terapia de grupo (Beutler et al., 1987; Freeman, Schrodtt, Gilson, & Ludgate, 1993), para problemas de casais (Baucom & Epstein, 1990; Dattilio & Padesky, 1990) e para a terapia familiar (Bedrosian & Bozicas, 1994; Epstein, Schlesinger & Dryden, 1988).

Com tantas aplicações, como a terapia cognitiva permanece reconhecível? Em todas as formas de terapia cognitiva que foram derivadas do modelo Beck, o tratamento baseia-se tanto em uma formulação cognitiva de um transtorno específico como em sua aplicação à conceituação ou entendimento do paciente individual. O terapeuta busca, de uma variedade de formas, produzir a mudança cognitiva – mudanças no pensamento e no sistema de crenças do paciente –, visando promover mudança emocional e comportamental duradoura.

Para descrever os conceitos e processos da terapia cognitiva, um único caso exemplo é usado ao longo deste livro. Sally, uma mulher solteira de 18 anos, caucasiana, é uma paciente quase ideal de muitos modos, e seu tratamento exemplifica clara-

mente os princípios da terapia cognitiva. Ela buscou tratamento durante seu segundo semestre na faculdade porque estava bastante deprimida e moderadamente ansiosa durante os últimos quatro meses, além de ter experimentado dificuldades em suas atividades diárias. De fato, ela preencheu critérios para um episódio depressivo maior de severidade moderada de acordo com a quarta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV; Associação Americana de Psiquiatria - *American Psychiatric Association* -, 1994). Um retrato mais completo de Sally é apresentado no segundo Capítulo e no Apêndice A.

A transcrição, a seguir, extraída da quarta sessão de terapia de Sally, exemplifica o caráter de uma intervenção de terapia cognitiva típica. Um problema importante para a paciente é especificado, uma idéia disfuncional é identificada e avaliada, um plano razoável é delineado e a efetividade da intervenção é avaliada.

TERAPEUTA: Ok, Sally, você disse que desejava conversar sobre o problema de encontrar um emprego de meio período?

PACIENTE: É. Eu preciso do dinheiro... mas eu não sei.

T: (*Percebendo que a paciente parece mais disfórica.*) O que está passando pela sua mente agora?

P: Que eu não serei capaz de dar conta de um emprego.

T: E como isso a faz sentir-se?

P: Triste. Realmente para baixo.

T: Então você tem o pensamento “Eu não serei capaz de dar conta de um emprego” e esse pensamento a faz ficar triste. Quais são as evidências de que você não seria capaz de trabalhar?

P: Bem, eu estou tendo problemas simplesmente em assistir às minhas aulas até o fim.

T: Ok. O que mais?

P: Eu não sei... Eu ainda estou tão cansada. É difícil me fazer até mesmo sair para procurar um emprego, quanto mais para ir ao trabalho todos os dias.

T: Daqui há pouco, nós examinaremos isso. Talvez seja em realidade mais difícil para você, neste momento, sair e *investigar* empregos do que seria para você ir para um emprego que você já tivesse conseguido. De qualquer modo, há alguma outra evidência de que você não poderia lidar com um emprego, supondo que você conseguisse encontrar um?

P: ... Não que eu me lembre.

T: Qualquer evidência do outro lado? De que você *poderia* ser capaz de lidar com um emprego?

P: Na verdade, eu trabalhei no ano passado. E isso foi além da escola e de outras atividades. Mas este ano... eu simplesmente não sei.

T: Há qualquer outra evidência de que você poderia lidar com um emprego?

P: Não sei... É possível que eu pudesse fazer algo que não exigisse tanto tempo. E que não fosse difícil demais.

T: O que isso poderia ser?

P: Um emprego em vendas, talvez. Eu fiz isso no ano passado.

T: Alguma idéia de onde você poderia trabalhar?

P: Talvez na livraria da universidade. Eu vi um anúncio de que eles estão precisando de balconistas.

T: Ok. E qual seria a *pior* coisa que poderia acontecer se você de fato conseguisse um emprego na livraria?

P: Eu acho que se eu não pudesse dar conta dele.

T: E você acha que sobreviveria a isso?

P: Claro. Eu acho que simplesmente desistiria.

T: E o que seria o *melhor* que poderia acontecer?

P: Ahn... que eu fosse capaz de trabalhar com facilidade.

T: E qual é o resultado mais *realista*?

P: Provavelmente não seria fácil, especialmente no começo. Mas eu poderia ser capaz de dar conta.

T: Qual é o efeito de acreditar nesse pensamento original: “Eu não serei capaz de dar conta de um emprego”?

P: Faz-me ficar triste... Faz-me nem mesmo tentar.

T: E qual é o efeito de mudar o seu pensamento, de perceber que possivelmente você poderia trabalhar na livraria?

P: Eu me sentiria melhor. Eu seria mais propensa a me candidatar para o emprego.

T: Então, o que você deseja fazer em relação a isso?

P: Ir à livraria. Eu poderia ir hoje à tarde.

T: Quão propensa você está a ir?

P: Oh, eu acho que eu irei. Eu irei.

T: E como você se sente agora?

P: Um pouquinho melhor. Um pouco mais nervosa, talvez. Mas um pouco mais esperançosa, eu acho.

Aqui Sally é facilmente capaz de identificar e avaliar seu pensamento disfuncional, “Eu não serei capaz de lidar com um emprego”, com perguntas padrão (ver Capítulo 8). Muitos pacientes, defrontados com um problema semelhante, requerem muito mais esforço terapêutico antes que estejam dispostos a seguir até o fim comportamentalmente. Embora a terapia deva ser talhada para o indivíduo, não obstante há determinados princípios que estão por trás da terapia cognitiva para todos os pacientes.

Princípio Nº 1. *A terapia cognitiva se baseia em uma formulação em contínuo desenvolvimento do paciente e de seus problemas em termos cognitivos.* O terapeuta de Sally busca conceituar suas dificuldades em enquadramentos tríplices. Desde o início, ele identifica o *pensamento atual* da paciente, que ajuda a manter seus sentimentos de tristeza (“Eu sou um fracasso, eu não consigo fazer nada certo, eu jamais serei feliz”) e seus *comportamentos problemáticos* (isolar-se, dispender uma quantidade excessiva de tempo na cama, evitar pedir ajuda). Observe que esses comportamentos problemá-

ticos tanto fluem do pensamento disfuncional como reforçam tal pensamento de Sally. Em segundo lugar, ele identifica *fatores precipitantes* que influenciaram as percepções de Sally no início de sua depressão (por exemplo, estar longe de casa pela primeira vez e lutar em seus estudos contribuíram para sua crença de que ela era inadequada). Em terceiro lugar, ele levanta hipóteses sobre *eventos desenvolvimentais* chaves e *padrões duradouros de interpretação* desses eventos que podem tê-la predisposto à depressão (por exemplo, Sally tem uma tendência profundamente arraigada de atribuir pontos fortes e conquistas pessoais à sorte, mas vê suas fraquezas [relativas] como um reflexo de seu eu “verdadeiro”).

O terapeuta baseia sua formulação nos dados que Sally fornece em seu primeiro encontro e continua a refinar essa conceituação ao longo da terapia, à medida que mais dados são obtidos. Em pontos estratégicos, ele partilha a conceituação com a paciente para assegurar se ela “parece verdadeira” para ela. Ademais, ao longo da terapia ele ajuda Sally a ver sua experiência através do modelo cognitivo. Ela aprende, por exemplo, a identificar os pensamentos associados a seu afeto angustiante e a avaliar e formular respostas mais adaptativas ao seu pensamento. Fazer isso melhora como ela se sente e com frequência conduz a que ela se comporte de um modo mais funcional.

Princípio Nº 2. *A terapia cognitiva requer uma aliança terapêutica segura.* Sally, assim como muitos pacientes com depressão e transtornos simples de ansiedade, tem pouca dificuldade em confiar e trabalhar com seu terapeuta, que demonstra todos os ingredientes básicos necessários em uma situação de aconselhamento: cordialidade, empatia, atenção, respeito genuíno e competência. O terapeuta demonstra seu respeito por Sally fazendo declarações empáticas, escutando com atenção e cuidado, resumindo acuradamente seus pensamentos e sentimentos e sendo realisticamente otimista. Ele também pede a Sally seu retorno no final de cada sessão para certificar-se de que ela se sentiu entendida e positiva em relação à sessão.

Outros pacientes, particularmente os com transtornos de personalidade, requerem uma ênfase muito maior sobre o relacionamento terapêutico para forjar uma boa aliança de trabalho (Beck et al., 1990; Young, 1990). Se Sally tivesse necessitado, seu terapeuta teria dispendido mais tempo construindo sua aliança através de vários meios, fazendo com que Sally periodicamente identifique e avalie seus pensamentos sobre o terapeuta.

Princípio Nº 3. *A terapia cognitiva enfatiza colaboração e participação ativa.* O terapeuta de Sally a encoraja a ver a terapia como um trabalho em equipe: juntos, eles decidem coisas, como o que trabalhar em cada sessão, a frequência com que eles deveriam encontrar-se e o que Sally deveria fazer, entre as sessões, como tarefa de casa da terapia. A princípio, o terapeuta é mais ativo em sugerir uma direção para as sessões de terapia e em resumir o que eles discutiram durante uma sessão. A medida que Sally se torna menos deprimida e mais socializada na terapia, o terapeuta a enco-

raja a tornar-se crescentemente ativa na sessão de terapia: decidir sobre que tópicos falar, identificar as distorções em seu pensamento, resumir pontos importantes e pro-
jetar tarefas para casa.

Princípio Nº 4. *A terapia cognitiva é orientada em meta e focalizada em problemas.* O terapeuta de Sally pede a ela, em sua sessão inicial, para enumerar seus problemas e estabelecer metas específicas. Por exemplo, um problema inicial envolve sentir-se isolada. Com orientação, Sally sugere uma meta em termos comportamen-
tais: iniciar amizades novas e tornar-se mais íntima dos amigos atuais. O terapeuta a ajuda a avaliar e responder a pensamentos que interferem em sua meta, como “Eu não tenho nada a oferecer a ninguém. Eles provavelmente não desejarão estar comi-
go.” Primeiro, ele ajuda Sally a avaliar a validade desses pensamentos no consultório através de um exame de evidências. Então Sally está disposta a testar os pensamentos mais diretamente através de experimentos nos quais ela inicia planos com um co-
nhecido e um amigo. Uma vez que ela reconhece e corrige a distorção em seu pen-
samento, Sally é capaz de beneficiar-se de resolução de problemas diretamente para
melhorar seus relacionamentos.

Desse modo, o terapeuta presta atenção particular aos obstáculos que impe-
dem o paciente de resolver problemas e atingir metas por si mesmo. Muitos paci-
entes que funcionavam bem antes do início de seu transtorno podem não precisar de
treinamento direto em resolução de problemas. Em vez disso, eles se beneficiam da
avaliação de idéias disfuncionais que impedem o uso de suas habilidades previamente
adquiridas. Outros pacientes são deficientes em resolução de problemas e de fato
necessitam de instrução direta para aprender essas estratégias. O terapeuta, portanto,
precisa conceituar as dificuldades do paciente específico e avaliar o nível apropriado
de intervenção.

Princípio Nº 5. *A terapia cognitiva inicialmente enfatiza o presente.* O trata-
mento da maioria dos pacientes envolve um forte foco sobre problemas atuais e sobre
situações específicas que são aflitivas para o paciente. Resolução e/ou uma avaliação
mais realista das situações que são, no momento, aflitivas usualmente conduzem à
redução de sintomas. Portanto, o terapeuta cognitivo em geral tende a iniciar a tera-
pia com exame de problemas no aqui-e-agora, independentemente do diagnóstico. A
atenção volta-se para o passado em três circunstâncias: quando o paciente expressa
uma forte predileção a fazer isso; quando o trabalho voltado em direção a problemas
atuais produz pouca ou nenhuma mudança cognitiva, comportamental e emocional
ou quando o terapeuta julga que é importante entender como e quando idéias disfun-
cionais importantes se originaram e como essas idéias afetam o paciente hoje. O tera-
peuta de Sally, por exemplo, discute eventos de infância com ela no meio da terapia
para ajudá-la a identificar um conjunto de crenças que ela aprendeu quando criança:
“Se eu tenho um bom desempenho, significa que eu sou uma pessoa ok” e “Se eu não
tenho um bom desempenho, significa que eu sou um fracasso.” O terapeuta a ajuda a

avaliar a validade dessas crenças tanto no passado como no presente. Fazer isso conduz Sally, em parte, ao desenvolvimento de crenças mais funcionais e mais razoáveis. Se Sally tivesse tido um transtorno de personalidade, seu terapeuta teria dispendido tempo proporcionalmente maior discutindo sua história desenvolvimental e origem na infância de crenças e comportamentos de enfrentamento.

Princípio Nº 6. *A terapia cognitiva é educativa, visa ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza prevenção da recaída.* Em sua primeira sessão, o terapeuta de Sally a educa sobre a natureza e trajetória do seu transtorno, sobre o processo da terapia cognitiva e sobre o modelo cognitivo (ou seja, como seus pensamentos influenciam suas emoções e comportamentos). Ele não apenas a ajuda a estabelecer metas, identificar e avaliar pensamentos e crenças e planejar mudança comportamental, mas também a ensina *como* fazer isso. Em cada sessão, ele encoraja Sally a registrar, por escrito, idéias importantes que ela aprendeu, para que se possa beneficiar do seu novo entendimento nas semanas seguintes e também após o término da terapia.

Princípio Nº 7. *A terapia cognitiva visa ter um tempo limitado.* A maioria dos pacientes honestos com sua depressão e seus transtornos de ansiedade são tratados em quatro a catorze sessões. O terapeuta de Sally tem as mesmas metas para ela como para todos os seus pacientes: prover alívio de sintomas, facilitar uma remissão do transtorno, ajudá-la a resolver seus problemas mais prementes e ensinar-lhe o uso de ferramentas para que ela seja mais propensa a evitar recaída. Sally, de início, tem sessões de terapia semanais. (Se sua depressão tivesse sido mais severa ou se ela fosse uma suicida, eles poderiam ter arranjado sessões mais freqüentes.) Após dois meses, eles decidiram experimentar colaborativamente sessões a cada duas semanas e, depois, sessões mensais. Mesmo depois do término, eles planejam sessões “de encorajamento” periódicas a cada três meses durante um ano.

No entanto, nem todos os pacientes fazem progresso suficiente em apenas alguns meses. Alguns pacientes requerem um ou dois anos de terapia (ou possivelmente mais) para modificar as crenças disfuncionais muito rígidas e os padrões de comportamento que contribuem para a sua angústia crônica.

Princípio Nº 8. *As sessões de terapia cognitiva são estruturadas.* Não importa qual o diagnóstico ou estágio do tratamento, o terapeuta cognitivo tende a aderir a uma estrutura estabelecida em cada sessão. O terapeuta de Sally verifica seu humor, solicita uma breve revisão da semana, estabelece, colaborativamente, uma agenda para a sessão, obtém *feedback* sobre a sessão anterior, revisa a tarefa de casa, discute os itens da agenda, estabelece nova tarefa para casa, resume com freqüência e busca *feedback* no final de cada sessão. Essa estrutura permanece constante ao longo da terapia. À medida que Sally se torna menos deprimida, o terapeuta a encoraja a assumir mais a liderança em contribuir para a agenda, estabelecer suas tarefas de casa e avaliar e responder aos seus pensamentos. Seguir um formato estabelecido torna

o processo de terapia mais compreensível tanto para Sally como para o terapeuta e aumenta a propensão de que Sally será capaz de fazer autoterapia após o término. Esse formato também focaliza a atenção sobre o que é mais importante para Sally e maximiza o uso do tempo de terapia.

Princípio Nº 9. *A terapia cognitiva ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder a seus pensamentos e crenças disfuncionais.* A transcrição apresentada anteriormente neste capítulo ilustra como o terapeuta de Sally a ajuda a focalizar um problema específico (encontrar um emprego de meio período), identificar seu pensamento disfuncional (perguntando o que estava passando em sua mente), avaliar a validade do seu pensamento (examinando as evidências que parecem apoiar sua precisão e as evidências que parecem contradizê-la) e projetar um plano de ação. Ele faz isso através de *questionamento socrático* leve, que ajuda a promover o sentimento de Sally de que ele está verdadeiramente interessado em um *empiricismo colaborativo*, ou seja, ajudá-la a determinar a precisão e a utilidade de suas idéias através de uma revisão de dados cuidadosa (em vez de desafiá-la ou persuadi-la a adotar seu ponto de vista). Em outras sessões, ele utiliza *descoberta orientada*, um processo pelo qual ele continua a perguntar a Sally o sentido dos seus pensamentos para revelar as crenças subjacentes que ela mantém sobre si mesma, seu mundo e outras pessoas. Através de questionamento, ele também a orienta em avaliar a validade e a funcionalidade das suas crenças.

Princípio Nº 10. *A terapia cognitiva utiliza uma variedade de técnicas para mudar pensamento, humor e comportamento.* Embora estratégias cognitivas como questionamento socrático e descoberta orientada sejam centrais à terapia cognitiva, técnicas de outras orientações (especialmente terapia comportamental e terapia gestalt) são também usadas dentro de uma estrutura cognitiva. O terapeuta seleciona técnicas com base em sua formulação de caso e seus objetivos em sessões específicas.

Esses princípios básicos se aplicam a todos os pacientes. A terapia, no entanto, varia consideravelmente de acordo com o paciente individual, a natureza de suas dificuldades, suas metas, sua habilidade de formar um vínculo terapêutico forte, sua motivação para mudar, sua experiência prévia com terapia e suas preferências de tratamento. A *ênfase* no tratamento depende do transtorno(s) particular do paciente. A terapia cognitiva para transtorno de ansiedade generalizada, por exemplo, enfatiza a reavaliação de risco em situações particulares e os recursos da pessoa para lidar com ameaça (Beck & Emery, 1985). Tratamento para transtornos de pânico envolve a testagem das interpretações errôneas catastróficas do paciente (usualmente previsões errôneas ameaçadoras da sanidade ou da vida) de sensações corporais ou mentais (Clark, 1989). Anorexia requer uma modificação de crenças sobre valor pessoal e controle (Garner & Bemis, 1985). O tratamento para abuso de substância focaliza-se em crenças negativas sobre o eu e crenças facilitadoras ou permissivas em relação ao uso de substância (Beck, Wright, Newman & Liese, 1993). Descrições breves desses e de outros transtornos podem ser encontradas no Capítulo 16.

■ DESENVOLVENDO-SE COMO TERAPEUTA COGNITIVO

Para o observador não-treinado, a terapia cognitiva às vezes parece enganosamente simples. O *modelo cognitivo*, de que os nossos pensamentos influenciam as nossas emoções e comportamento, é bastante direto. Os terapeutas cognitivos experientes, no entanto, realizam muitas tarefas ao mesmo tempo: conceituar o caso, estabelecer *rapport*, socializar e educar o paciente, identificar problemas, colher dados, testar hipóteses e resumi-las. O terapeuta cognitivo novato, em contraste, usualmente precisa ser mais ponderado e estruturado, concentrando-se em um elemento de cada vez. Embora a meta final seja entretecer os elementos e conduzir a terapia o mais efetiva e eficientemente possível, os iniciantes devem primeiro dominar a tecnologia da terapia cognitiva, o que é melhor realizado de uma forma direta.

Desenvolver competência como terapeuta cognitivo pode ser visto em três estágios. (Estas descrições pressupõem a proficiência do terapeuta em demonstrar empatia, interesse e competência para os pacientes.) No Estágio 1, os terapeutas aprendem a estruturar a sessão e a utilizar técnicas básicas. Igualmente importante, eles aprendem habilidades básicas de conceituar um caso em termos cognitivos com base em uma avaliação inicial e na obtenção de informações na sessão.

No Estágio 2, os terapeutas começam a integrar sua conceituação com seu conhecimento das técnicas. Eles fortalecem sua habilidade de entender o fluxo da terapia e são mais facilmente capazes de identificar metas críticas da terapia. Os terapeutas tornam-se mais hábeis em conceituar os pacientes, refinando sua conceituação durante a própria sessão de terapia e usando a conceituação para tomar decisões sobre intervenções. Expandem seu repertório de técnicas e tornam-se mais capacitados em selecionar, estabelecer a duração e implementar as técnicas apropriadas.

Os terapeutas, no Estágio 3, integram mais automaticamente dados novos na conceituação. Refinam sua habilidade de formular hipóteses para confirmar ou desconfirmar sua visão do paciente. Variam a estrutura e as técnicas de terapia cognitiva básica conforme apropriado, particularmente para casos difíceis como transtornos de personalidade.

■ COMO USAR ESTE LIVRO

Este livro é direcionado a indivíduos que estão em qualquer estágio de experiência e desenvolvimento de habilidades que carecem de domínio nos blocos construtores fundamentais da conceituação e tratamento cognitivos. É crucial ter dominado os elementos básicos da terapia cognitiva para entender como e quando variar o tratamento padrão para pacientes individuais.

O seu crescimento como terapeuta cognitivo será desenvolvido se você começar aplicando as ferramentas descritas neste livro a si mesmo. Primeiro, enquanto você lê, comece a conceituar seus próprios pensamentos e crenças. No capítulo seguinte,

you will learn more about the cognitive model: how you feel emotionally at any given moment (and how you react physically and behaviorally), how you are influenced by the way you perceive a situation and specifically by the way you are passing it through your head. From this exact moment, begin to pay attention to your own changes of feeling. When you perceive that your mood has changed or intensified in a negative direction, or when you perceive bodily sensations associated with a negative feeling, ask yourself the same question that you are experimenting with, just as the question is fundamental to cognitive therapy:

O que estava passando pela minha cabeça ainda agora?

In this way, you will teach yourself to identify your own thoughts, specifically your *automatic thoughts*, which will be explained additionally in the next chapter. Teaching yourself the basic skills of cognitive therapy using yourself as the subject will increase your ability to teach these same skills to your patients.

It will be particularly useful to identify your automatic thoughts while reading this book and experimenting with the techniques with your patients. For example, you may feel a little overwhelmed, ask yourself "What was going on in my head just now?" You can discover automatic thoughts like:

"Isso é difícil demais."

"Eu posso não ser capaz de dominar isso."

"Isso não me parece confortável."

"E se eu tentar e não funcionar?"

Experienced therapists whose primary orientation was not cognitive may be unaware of a different set of automatic thoughts:

"Isso não funcionará."

"O paciente não gostará disso."

"É superficial/estruturado/não-empático/simples demais."

After discovering your thoughts, you can note them and refocus your reading or move on to Chapters 8 and 9, which describe how to evaluate and respond to automatic thoughts. When you return the focus to your own thoughts, you not only can impel your skills in cognitive therapy, but you can also take advantage of the opportunity to modify your dysfunctional thoughts and influence your mood (and behavior), becoming more receptive to learning.

Uma analogia comum utilizada para pacientes também é aplicável ao terapeuta cognitivo iniciante. Aprender as habilidades da terapia cognitiva é semelhante a aprender qualquer outra habilidade. Você lembra de ter aprendido a dirigir, digitar ou a usar um computador? A princípio, você não se sentiu um pouco estranho? Você teve que prestar muita atenção a pequenos detalhes e movimentos que agora você domina suave e automaticamente? Você se sentiu desencorajado alguma vez? A medida que você progrediu, o processo fez cada vez mais sentido e pareceu cada vez mais confortável? Você, por fim, o dominou ao ponto de ser capaz de realizar a tarefa com relativa facilidade e confiança? A maioria das pessoas teve uma experiência assim, aprendendo uma habilidade na qual eles são agora proficientes.

O processo de aprender é o mesmo para o terapeuta cognitivo iniciante. Como você aprenderá a fazer para os seus pacientes, mantenha as suas metas pequenas, bem definidas e realistas. Dê a si mesmo crédito por pequenos ganhos. Compare o seu progresso ao seu nível de habilidade de antes de começar a ler este livro ou do momento em que você começou a aprender sobre terapia cognitiva. Esteja ciente das oportunidades para responder a pensamentos negativos nos quais você injustamente se compara a terapeutas cognitivos experientes ou nos quais você solapa a sua confiança, contrastando o seu nível de habilidade atual com seus objetivos finais.

Finalizando, os capítulos neste livro são projetados para serem lidos na ordem apresentada. Os leitores poderiam estar ansiosos para pular capítulos introdutórios e passar para as seções sobre técnicas. Você é solicitado, no entanto, a prestar atenção cuidadosa ao capítulo seguinte sobre conceituação porque um entendimento completo da maquiagem cognitiva de um paciente é necessário para escolher as técnicas de forma efetiva. Os Capítulos 3, 4 e 5 delineiam a estrutura das sessões de terapia. Os Capítulos 6 a 11 descrevem os blocos construtores básicos da terapia cognitiva: identificar e responder adaptativamente aos pensamentos e às crenças. Técnicas cognitivas e comportamentais complementares são fornecidas no Capítulo 12, e construção de imagens é discutida no Capítulo 13. O Capítulo 14 descreve a tarefa de casa. O Capítulo 15 delinea tópicos de término e prevenção da recaída. Esses capítulos precedentes lançam as bases para os Capítulos 16 e 17: planejar o tratamento e diagnosticar problemas na terapia. Finalmente, o Capítulo 18 oferece diretrizes sobre progresso como terapeuta cognitivo.

2

CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

Uma conceituação cognitiva fornece a estrutura para o entendimento de um paciente pelo terapeuta. Ele faz a si mesmo as seguintes perguntas para iniciar o processo de formulação de um caso:

-
- Qual é o diagnóstico do paciente?
 - Quais são seus problemas atuais, como esses problemas se desenvolveram e como eles são mantidos?
 - Que pensamentos e crenças disfuncionais estão associados aos problemas; quais reações (emocionais, fisiológicas e comportamentais) estão associadas ao seu pensamento?
-

Então, o terapeuta levanta hipóteses sobre como o paciente desenvolveu essa desordem psicológica particular:

-
- Que aprendizagens e experiências antigas (e talvez predisposições genéticas) contribuem para seus problemas hoje?
 - Quais são suas crenças subjacentes (incluindo atitudes, expectativas e regras) e pensamentos?
 - Como ele enfrentou suas crenças disfuncionais? Que mecanismos cognitivos, afetivos e comportamentais, positivos e negativos, ele desenvolveu para enfrentar suas crenças disfuncionais? Como ele via (e vê) ele mesmo, os outros, seu mundo pessoal, seu futuro?
 - Que estressores contribuíram para seus problemas psicológicos ou interferiram em sua habilidade para resolver esses problemas?
-

O terapeuta começa a construir uma conceituação cognitiva durante seu primeiro contato com um paciente e continua a refinar sua conceituação até a última ses-

são. Essa formulação orgânica em evolução o ajuda a planejar uma terapia eficiente e efetiva (Persons, 1989). Neste capítulo, é descrito o modelo cognitivo e a base teórica da terapia cognitiva. O relacionamento entre pensamentos e crenças é, então, discutido, e o caso exemplo de Sally, utilizado ao longo deste livro, é apresentado.

■ O MODELO COGNITIVO

A terapia cognitiva baseia-se no *modelo cognitivo*, que levanta a hipótese de que as emoções e comportamentos das pessoas são influenciados por sua percepção dos eventos. Não é uma situação por si só que determina o que as pessoas sentem, mas, antes, o modo como elas *interpretam* uma situação (Beck, 1964; Ellis, 1962). Imagine, por exemplo, uma situação na qual várias pessoas estão lendo um texto básico sobre terapia cognitiva. Elas têm respostas emocionais bastante diferentes a essa situação com base no que está passando por suas cabeças enquanto lêem.

- O leitor A pensa: “Ei, isso realmente faz sentido. Finalmente, um livro que realmente vai ensinar-me a ser um bom terapeuta.” O leitor A se sente moderadamente entusiasmado.
- O leitor B, por outro lado, pensa: “Essa coisa é muito simplista. Isso nunca funcionará”, e se sente decepcionado.
- O leitor C tem os seguintes pensamentos: “Este livro não é o que eu esperava. Que desperdício de dinheiro.” O leitor C está aborrecido.
- O leitor D pensa: “Eu realmente preciso aprender tudo isso. E se eu não entender? E se eu nunca ficar bom nisso?”, e se sente ansioso.
- O leitor E tem pensamentos diferentes: “Isso é simplesmente difícil demais. Eu sou tão burro! Eu jamais dominarei isso. Eu jamais conseguirei ser um terapeuta.” O leitor E se sente triste.

Então, o modo como as pessoas se sentem está associado ao modo como elas interpretam e pensam sobre uma situação. *A situação em si não determina diretamente como eles sentem*; sua resposta emocional é intermediada por sua percepção da situação. O terapeuta cognitivo está particularmente interessado no nível de pensamento que opera simultaneamente com o nível mais óbvio e superficial de pensamento.

Por exemplo, enquanto você está lendo este texto, você pode perceber alguns níveis no seu pensamento. Parte da sua mente está focalizando as informações que estão no texto, ou seja, está tentando entender e integrar alguma informação factual. Em um outro nível, no entanto, você pode estar tendo alguns pensamentos avaliativos rápidos. Esses pensamentos são denominados *pensamentos automáticos* e não são decorrentes de deliberação ou raciocínio. Ao contrário, esses pensamentos parecem surgir automaticamente de repente; eles são, com frequência, bastante rápidos e breves.

Você pode estar um pouco ciente desses pensamentos; você tende muito mais a estar ciente da emoção que se segue. Conseqüentemente, é mais provável que você aceite não criticamente os seus pensamentos automáticos como verdadeiros. Você pode aprender, no entanto, a identificar seus pensamentos automáticos prestando atenção às suas mudanças de afeto. Quando você percebe que está disfórico, pergunte a si mesmo: *O que estava passando pela minha cabeça ainda agora?*

Tendo identificado seus pensamentos automáticos, você pode, e provavelmente já o faz em alguma extensão, avaliar a validade dos seus pensamentos. Se você verifica que a sua interpretação é errônea e você a corrige, você provavelmente descobre que o seu humor melhora. Em termos cognitivos, quando pensamentos disfuncionais são sujeitos à reflexão racional, nossas emoções em geral mudam. O Capítulo 8 oferece diretrizes específicas sobre como avaliar pensamentos automáticos.

Porém, de onde os pensamentos automáticos surgem? O que faz uma pessoa interpretar uma situação diferentemente de uma outra? Por que a mesma pessoa pode interpretar um evento idêntico de forma diferente em um momento e em outro? A resposta está relacionada a fenômenos cognitivos mais duradouros: as crenças.

■ AS CRENÇAS

Começando na infância, as pessoas desenvolvem determinadas crenças sobre si mesmas, outras pessoas e seus mundos. Suas crenças mais centrais ou *crenças centrais* são entendimentos que são tão fundamentais e profundos que as pessoas freqüentemente não os articulam, sequer para si mesmas. Essas idéias são consideradas pela pessoa como verdades absolutas, exatamente o modo como as coisas “são”. Por exemplo, o leitor E, que pensava ser burro demais para dominar este texto, poderia ter a crença central “Eu sou incompetente”. Essa crença pode operar apenas quando ele está em um estado deprimido ou pode estar ativada grande parte do tempo. Quando a crença central está ativada, o leitor E interpreta as situações através da lente dessa crença, embora a interpretação possa, em uma base racional, ser patentemente uma inverdade. O leitor E, no entanto, tende a focalizar seletivamente informações que confirmam a crença central, desconsiderando ou descontando informações que são contrárias. Desse modo, ele mantém a crença mesmo que ela seja imprecisa e disfuncional.

Por exemplo, o leitor E não considerou que outras pessoas competentes e inteligentes poderiam não entender completamente o material em uma primeira leitura. Nem ele considerou a possibilidade de que o autor não apresentou bem o material. Ele não reconheceu que sua dificuldade de compreensão poderia ser devido a uma falta de concentração em vez de a uma falta de potência cerebral. Ele esqueceu que muitas vezes, no início, tinha dificuldades quando lhe era apresentado um conjunto de informações novas, mas posteriormente teve um excelente histórico de domínio. Porque sua crença de incompetência estava ativada, ele automaticamente interpretava a situação de uma forma autocrítica altamente negativa.

As crenças centrais são o nível mais fundamental de crença; elas são globais, rígidas e supergeneralizadas. Os pensamentos automáticos, as palavras ou imagens reais que passam pela cabeça da pessoa, são específicos à situação e podem ser considerados o nível mais superficial de cognição. A seção a seguir descreve a classe de *crenças intermediárias* que existem entre as duas.

■ ATITUDES, REGRAS E SUPOSIÇÕES

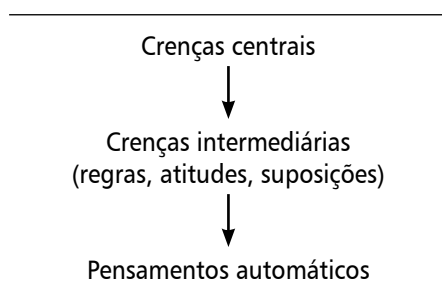
As crenças centrais influenciam o desenvolvimento de uma classe intermediária de crenças que consiste em atitudes, regras e suposições (frequentemente não articuladas). O leitor E, por exemplo, tinha as seguintes crenças intermediárias:

Atitude: “É horrível ser incompetente.”

Regras/expectativas: “Eu devo trabalhar o mais arduamente que puder o tempo todo.”

Suposição: “Se eu trabalhar o mais arduamente que puder, posso ser capaz de fazer algumas coisas que as outras pessoas fazem facilmente.”

Essas crenças influenciam sua visão de uma situação, o que, por sua vez, influencia como ele pensa, sente e se comporta. O relacionamento dessas crenças intermediárias com as crenças centrais e pensamentos automáticos está retratado a seguir:

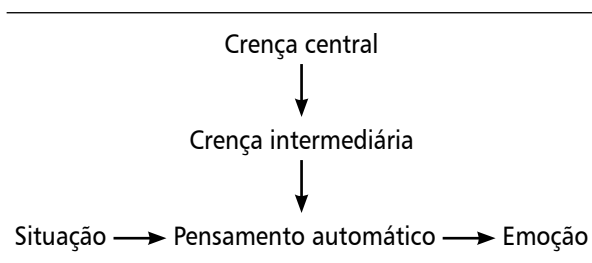


Como as crenças centrais e intermediárias surgem? As pessoas tentam extrair sentido do seu ambiente desde os seus primeiros estágios desenvolvimentais. Elas precisam organizar a sua experiência de uma forma coerente para funcionar de forma adaptativa (Rosen, 1988). Suas interações com o mundo e com outras pessoas conduzem a determinados entendimentos ou aprendizagens, suas crenças, as quais podem variar em precisão e funcionalidade. O mais importante para o terapeuta cognitivo refere-se às crenças disfuncionais, que podem não ser aprendidas, e às novas crenças mais embasadas na realidade e funcionais, que podem ser desenvolvidas e aprendidas através da terapia.

A trajetória usual do tratamento, na terapia cognitiva, envolve uma ênfase inicial sobre pensamentos automáticos, as cognições mais próximas à percepção consciente. O terapeuta ensina o paciente a identificar, avaliar e modificar seus pensamentos, a fim de produzir alívio de sintomas. Então, as crenças que estão por trás dos pensamentos disfuncionais e passam por muitas situações tornam-se o foco de tratamento. Crenças relevantes de nível intermediário e crenças centrais são avaliadas de vários modos e subseqüentemente modificadas para que as conclusões dos pacientes sobre eventos e percepções de eventos mudem. A modificação profunda de crenças mais fundamentais torna os pacientes menos propensos a apresentar recaída no futuro (Evans et al., 1992; Hollon, DeRubeis & Seligman, 1992).

■ RELACIONAMENTO DO COMPORTAMENTO COM OS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

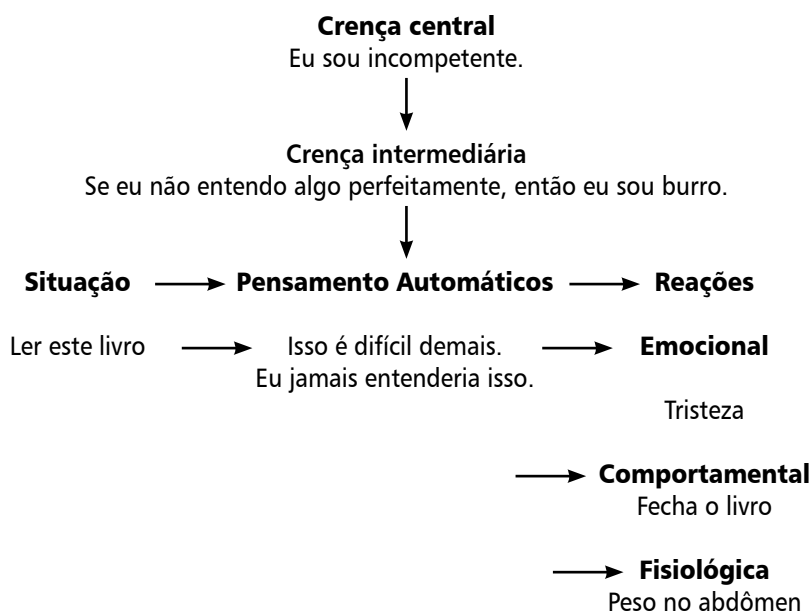
O modelo cognitivo, conforme foi explicado até aqui, pode ser ilustrado da seguinte forma:



Em uma situação específica, as crenças subjacentes da pessoa influenciam sua percepção, que é expressa por pensamentos automáticos específicos à situação. Esses pensamentos, por sua vez, influenciam as emoções da pessoa.

Seguindo um passo adiante, os pensamentos automáticos também influenciam o comportamento e com freqüência conduzem a uma resposta fisiológica, conforme ilustrado na Figura 2.1.

O leitor que tem os pensamentos “Isso é difícil demais. Eu jamais entenderei isso” sente-se triste, experimenta uma sensação de peso em seu abdômen e fecha o livro. E claro, se ele tivesse sido capaz de *avaliar* seu pensamento, suas emoções, fisiologia e comportamento poderiam ter sido positivamente afetados. Por exemplo, ele poderia ter respondido aos seus pensamentos dizendo: “Espere um minuto. Isso pode ser difícil, mas não é necessariamente impossível. Eu fui capaz de entender este tipo de livro antes. Se eu me mantiver com ele, provavelmente o entenderei melhor.” Se ele tivesse respondido desse modo, ele poderia ter reduzido sua tristeza e continuado lendo.

**FIGURA 2.1.** O modelo cognitivo.

Resumindo, esse leitor sentiu-se triste devido aos seus pensamentos em uma situação particular. Por que ele teve esses pensamentos quando um outro leitor não teve? Crenças centrais inarticuladas sobre sua incompetência influenciaram sua percepção da situação.

Conforme explicado no começo deste capítulo, é essencial para o terapeuta aprender a conceituar as dificuldades do paciente em termos cognitivos, a fim de determinar como proceder na terapia - quando trabalhar sobre uma meta específica, pensamento automático, crença ou comportamento; que técnicas escolher e como melhorar o relacionamento terapêutico. As perguntas básicas que o terapeuta faz a si mesmo são: "Como esse paciente veio parar aqui? Que vulnerabilidades e eventos de vida (traumas, experiências, interações) foram importantes? Como o paciente enfrentou sua vulnerabilidade? Quais são seus pensamentos automáticos e de que crenças eles brotaram?"

É importante para o terapeuta colocar-se no lugar do paciente para desenvolver empatia pelo que o paciente está passando, entender como ele está sentindo-se e perceber o mundo através dos seus olhos. De acordo com a sua história e conjunto de crenças, suas percepções, pensamentos, emoções e comportamento deveriam fazer sentido.

É útil para o terapeuta ver a terapia como uma jornada e a conceituação como um mapa rodoviário. O paciente e ele discutem as metas da terapia, o destino final. Há diferentes modos para atingir esse destino; por exemplo, por auto-estradas principais ou estradas secundárias. Às vezes, retornos mudam o plano original. À medida que o terapeuta se torna experiente e melhor em conceituação, ele preenche os detalhes relevantes no mapa rodoviário e sua eficiência e efetividade melhoram. No começo, no entanto, é razoável supor que ele pode não realizar a terapia da forma mais efetiva. Uma conceituação cognitiva correta o auxilia em determinar quais são as principais auto-estradas e como melhor viajar.

A conceituação inicia no primeiro contato com um paciente e é refinada em cada contato subsequente. O terapeuta levanta hipóteses sobre o paciente com base nos dados que o paciente apresenta. Hipóteses são confirmadas, desconfirmadas ou modificadas à medida que novos dados são apresentados. A conceituação, portanto, é fluida. Em pontos estratégicos, o terapeuta verifica diretamente suas hipóteses e formulações com o paciente. Em geral, se a conceituação está sob a mira, o paciente confirma que ela “parece certa” - ele concorda que o quadro que o terapeuta apresenta verdadeiramente ressoa nele.

■ CASO EXEMPLO

Sally, 18 anos, é uma estudante universitária de primeiro ano que buscou terapia devido à tristeza, ansiedade e solidão persistentes. Seu avaliador de admissão apurou que ela sofria de um episódio depressivo maior de severidade moderada, que começara durante o primeiro mês na faculdade, quatro meses antes de sua entrada em terapia.

A maioria das indagações feita a Sally, na avaliação inicial, foi de perguntas padrão, porém várias outras foram acrescentadas para que o avaliador e o terapeuta pudessem começar a formar uma conceituação cognitiva. Por exemplo, o avaliador perguntou a Sally quando ela geralmente se sentiu pior - em que situações e/ou momentos do dia. Sally respondeu que se sentia pior na hora de dormir, quando estava deitada na cama, tentando conciliar o sono. O avaliador então fez a pergunta chave: “O que passa pela sua cabeça nesses momentos? Que pensamentos e/ou imagens específicos você tem?”

Sendo assim, desde o início, uma amostra de pensamentos automáticos importantes é obtida. Sally respondeu que tinha pensamentos como o seguinte: “Eu jamais serei capaz de terminar o meu trabalho do semestre.” “Eu provavelmente vou ser reprovada e deixarei a faculdade.” “Eu jamais serei capaz de me transformar em coisa alguma.” Sally também relatou uma imagem que lampejou em sua cabeça. Ela se viu de malas na mão, arrastando-se sem destino pela rua, parecendo bastante humilhada, sem direção e desesperada. No transcorrer da terapia, o terapeuta de Sally arredonda sua conceituação. Ele organiza seu pensamento através do uso de uma

Minuta Resumo de Caso (Apêndice A) e um Diagrama de Conceituação de Caso (ver Capítulo 10, Figura 10.2).

As Crenças Centrais de Sally

Quando criança, Sally tentou extrair sentido de si mesma, dos outros e de seu mundo. Ela aprendeu através de suas próprias experiências, através de interações com outros, através de observação direta e através de mensagens explícitas e implícitas dos outros a ela. Sally tinha um irmão mais velho altamente empreendedor. Quando era pequena, ela percebeu que não podia fazer nada tão bem quanto o irmão e começou a acreditar, embora não o colocasse em palavras, que era incapaz e inferior. Ela continuou comparando seu desempenho ao do irmão e invariavelmente se constatava inferior. Ela freqüentemente teve pensamentos como “Eu não sei desenhar tão bem”, “Ele dirige a bicicleta dele melhor do que eu”, “Eu jamais serei tão boa leitora quanto ele”.

Nem todas as crianças com irmãos mais velhos desenvolvem esses tipos de crenças disfuncionais. Mas as idéias de Sally foram reforçadas por sua mãe, que a criticava com freqüência: “Você fez um trabalho horrível arrumando o seu quarto.” “Você não sabe fazer nada direito?” “Seu irmão trouxe um boletim bom. Mas você? Você nunca será nada.” Sally, como a maioria das crianças, colocava enorme confiança nas palavras de sua mãe, acreditando que sua mãe estava certa sobre quase tudo. Então, quando a mãe a criticava, implicando ou afirmando diretamente que Sally era incompetente, Sally acreditava nela completamente.

Na escola, Sally também se comparava aos colegas. Embora fosse uma estudante acima da média, ela se comparava apenas com os melhores alunos, novamente se sentindo inferior. Tinha pensamentos como “Eu não sou tão boa quanto eles”, “Eu jamais serei capaz de entender esse assunto tão bem quanto eles”. Então, a idéia de que ela era incapaz e inferior continuou sendo reforçada. Comumente, desconsiderava ou descontava informações positivas que contradiziam essas idéias. Quando recebia uma nota alta em um teste, dizia para si mesma: “O teste foi fácil.” Quando aprendeu balé e se tornou uma das melhores dançarinas no grupo, pensou: “Eu nunca serei tão boa como a minha professora.” Ela usualmente fazia interpretações negativas que confirmavam suas crenças disfuncionais. Por exemplo, quando sua mãe berrou com ela por trazer para casa um boletim na média, pensou: “Mamãe está certa. Eu sou burra.” Ela consistentemente interpretava eventos negativos como demonstrando suas falhas. Ademais, quando eventos positivos ocorreram, como ganhar um prêmio, ela muitas vezes os descontou: “Eu tive apenas sorte.”

Esse processo levou Sally a consolidar uma crença central sobre si mesma. No entanto, as crenças negativas de Sally não eram sólidas como pedra. Seu pai, embora não estivesse por perto tanto quanto sua mãe, em geral era encorajador e a apoiava. Quando ele a ensinou a rebater uma bola de *baseball*, por exemplo, elogiou os esforços dela. “Essa foi boa... bom giro... você está pegando.. continue.” Alguns dos professores de Sally também elogiavam seu desempenho na escola. Sally também teve experiências positivas com amigos. Ela viu que, se tentasse arduamente, poderia

fazer algumas coisas melhor do que seus amigos - jogar *baseball*, por exemplo. Então, Sally também desenvolveu uma crença positiva contrária de que ela era competente em alguns aspectos.

As outras crenças centrais de Sally sobre seu mundo e sobre outras pessoas foram, em grande parte, positivas e funcionais. Em geral ela acreditava que as outras pessoas eram amistosas, dignas de confiança e receptivas. E percebia seu mundo como relativamente seguro, estável e previsível.

Novamente as crenças centrais de Sally sobre si mesma, os outros e seu mundo eram suas crenças mais básicas, as quais ela jamais realmente articulara até ter entrado em terapia. Como jovem adulta, suas crenças centrais mais positivas foram dominantes até que ela se tornou deprimida e então suas crenças centrais altamente negativas tornaram-se ativadas.

As Atitudes, Regras e Pressupostos de Sally

Um pouco mais passíveis de modificação que as crenças centrais foram as crenças intermediárias de Sally. Essas atitudes, regras e suposições se desenvolveram do mesmo modo que as crenças centrais; à medida que Sally tentou extrair sentido do seu mundo, dos outros e de si mesma, principalmente através de interações com sua família e outros significativos, desenvolveu as seguintes atitudes e regras:

"Eu deveria ser excelente em tudo o que eu tento fazer."

"Eu deveria sempre dar o melhor de mim."

"É terrível desperdiçar o seu potencial."

Como ocorreu com suas crenças centrais, Sally não articulava plenamente essas crenças intermediárias. Porém, as crenças influenciaram seu pensamento e orientaram seu comportamento. No segundo grau, por exemplo, não se candidatou para o jornal da escola (embora isso a interessasse) porque supôs que não poderia escrever suficientemente bem. Ela se sentiu tanto ansiosa antes dos exames, pensando que não poderia sair-se bem, como culpada, pensando que deveria ter estudado mais.

Quando suas crenças centrais mais positivas predominaram, no entanto, ela se viu sob uma luz mais positiva, embora jamais acreditasse completamente que era competente e não inferior. Ela desenvolveu a suposição: "Se eu trabalho duro, posso superar minhas falhas e ir bem na escola." No entanto, quando se tornou deprimida, Sally não acreditou mais realmente nessa suposição e a substituiu pela crença: "Devido às minhas deficiências, eu jamais serei coisa alguma."

As Estratégias de Sally

A idéia de ser inadequada sempre fora bastante dolorosa para Sally e ela desenvolveu determinadas estratégias comportamentais para proteger-se dessa dor. Como poderia ser extraído de suas crenças intermediárias, Sally trabalhava duro na escola

e nos esportes. Ela superpreparava suas tarefas e estudava bastante arduamente para os testes. Também se tornou hipervigilante para sinais de inadequação e redobrava seus esforços se falhasse em dominar algo na escola. Ela raramente poderia ajudar os outros por medo de que eles reconhecessem sua incapacidade.

Os Pensamentos Automáticos de Sally

Embora Sally não articulasse essas crenças centrais e intermediárias (até a terapia), ela estava pelo menos um pouco ciente dos seus pensamentos automáticos em situações específicas. No segundo grau, por exemplo (momento em que ela não estava deprimida), ela se candidatou para as equipes de *softball* e *hockey* femininas. Conseguiu entrar para o time de *softball* e pensou: “Grande! Eu pedirei ao meu pai para praticar rebate comigo.” Quando ela falhou em entrar para o time de *hockey*, ficou desapontada, mas não particularmente autocrítica.

Na universidade, no entanto, Sally tornou-se deprimida durante seu primeiro ano. Posteriormente, quando ela considerou jogar uma partida de *baseball* informal com colegas do seu alojamento, sua depressão influenciou seu pensamento: “Eu não presto. Provavelmente eu nem mesmo conseguirei acertar na bola.” Similarmente quando ela recebeu um “C” em um exame de literatura inglesa, pensou: “Eu sou tão burra, provavelmente não passarei nessa cadeira. Eu jamais vou conseguir me formar.”

Resumindo, em seus anos de segundo grau não-deprimidos, as crenças centrais mais positivas de Sally estavam ativas e ela geralmente teve pensamentos mais positivos (e mais realistas). Em seu primeiro ano de faculdade, porém, suas crenças negativas predominaram durante sua depressão, a qual a conduziu a interpretar as situações de forma bastante negativa e a ter pensamentos predominantemente negativos (e irrealistas). Esses pensamentos distorcidos também a levaram a *comportar-se* de formas autoderrotadoras, dando-lhe, por meio disso, mais munição para diminuir-se.

A Sequência que Conduziu Sally à Depressão

Como Sally tornou-se deprimida? Certamente, suas crenças negativas ajudaram a predispor-la à depressão. Quando saiu de casa, para a faculdade, ela teve várias experiências que interpretou de uma forma altamente negativa. Uma dessas experiências ocorreu na primeira semana. No alojamento, teve uma conversa com outras calouras que estavam relatando o número de cursos de colocação avançada e exames que elas fizeram e que as isentou de vários cursos do básico. Sally, que não fizera nenhum crédito de colocação avançada, começou a pensar quão superiores essas estudantes eram em relação a ela. Em sua aula de economia, a professora delineou as exigências do curso e Sally imediatamente pensou: “Eu não serei capaz de fazer o trabalho de pesquisa.” Ela teve dificuldades para entender o primeiro capítulo em seu livro de estatística e pensou: “Se eu não posso nem mesmo entender o capítulo 1, como poderei fazer o curso inteiro?”

Então, as crenças de Sally a tornaram vulnerável a interpretar eventos de uma forma negativa. Ela não questionou seus pensamentos, mas, antes, os aceitou sem críticas. Os pensamentos e crenças isolados não causaram a depressão. No entanto, uma vez que a depressão se estabeleceu, essas cognições negativas influenciaram fortemente seu humor. Sua depressão indubitavelmente foi *causada* por uma variedade de fatores biológicos e psicológicos.

Por exemplo, à medida que as semanas passaram, Sally começou a ter pensamentos cada vez mais negativos sobre si mesma e começou a sentir-se cada vez mais desencorajada e triste. Começou a passar uma quantidade excessiva de tempo estudando, embora ela não obtivesse muitos resultados devido à concentração reduzida. Continuou a ser altamente autocrítica e até mesmo teve pensamentos negativos sobre seus sintomas depressivos: “O que há de errado comigo? Eu não deveria me sentir assim. Por que estou tão para baixo? Eu sou um caso perdido.” Ela se retraiu um pouco em conquistar novos amigos e parou de chamar seus antigos amigos para receber apoio. Deixou de praticar atividades físicas, como correr, nadar e outras que antes lhe proporcionavam um sentimento de realização. Desse modo, experimentou uma escassez de *inputs* positivos. Por fim, seu apetite reduziu e seu sono tornou-se perturbado, transformando-se numa pessoa enervada e abatida. Sally pode, de fato, ter tido uma predisposição genética para depressão; no entanto, sua percepção e comportamento nas circunstâncias daquele momento sem dúvida facilitaram a expressão de uma vulnerabilidade biológica e psicológica à depressão.

■ RESUMO

Conceituar um paciente em termos cognitivos é crucial para determinar a trajetória mais eficiente e efetiva de tratamento. Isso também auxilia a desenvolver a empatia, um ingrediente essencial para estabelecer um bom relacionamento de trabalho com o paciente. De modo geral, as perguntas a fazer, ao conceituar um paciente, são:

- Como o paciente desenvolveu esse transtorno?
- Quais foram os eventos de vida, experiências e interações significativos?
- Quais são suas crenças mais básicas sobre si mesmo, seu mundo e os outros?
- Quais são suas suposições, expectativas, regras e atitudes (crenças intermediárias)?
- Que estratégias o paciente utilizou ao longo da vida para lidar com essas crenças negativas?
- Que pensamentos automáticos, imagens e comportamentos ajudam a manter o transtorno?
- Como suas crenças em desenvolvimento interagem com situações de vida para tornar o paciente vulnerável ao transtorno?

- O que está acontecendo na vida do paciente no momento e como ele está percebendo isso?

Novamente, a conceituação inicia no primeiro contato e é um processo continuado, sempre sujeito a modificações à medida que novos dados são revelados e hipóteses anteriores são confirmadas ou rejeitadas. O terapeuta fundamenta suas hipóteses sobre os dados que ele coletou, utilizando a explicação mais parcimoniosa e refreando-se de interpretações e inferências não claramente embasadas em dados reais. O terapeuta verifica a conceituação com o paciente em pontos estratégicos para assegurar-se de que ela é precisa, bem como para ajudar o paciente a entender a si próprio e suas dificuldades. O processo continuado da conceituação é enfatizado ao longo deste livro. Os Capítulos 10 e 11 ilustram adicionalmente como eventos históricos e moldam o entendimento que um paciente tem de si mesmo e do seu mundo.

3

A ESTRUTURA DA PRIMEIRA SESSÃO DE TERAPIA

Uma meta importante do terapeuta cognitivo é tornar o processo da terapia compreensível tanto para o terapeuta como para o paciente. O terapeuta também busca tornar a terapia o mais eficiente possível. Aderir a um formato padrão (bem como ensinar as ferramentas de terapia para o paciente) facilita esses objetivos.

A maioria dos pacientes se sente mais confortável quando sabe exatamente o que esperar da terapia, quando entende claramente suas responsabilidades e as do terapeuta e quando tem uma expectativa clara de como a terapia procederá, tanto dentro de uma única sessão como entre sessões e ao longo do tratamento. O terapeuta maximiza o entendimento do paciente explicando a estrutura das sessões e então aderindo àquela estrutura.

Terapeutas experientes que estão desacostumados a estabelecer agendas e estruturar sessões como descritas neste capítulo freqüentemente sentem-se desconfortáveis com essa característica fundamental da terapia cognitiva. Tal desconforto é usualmente associado a previsões negativas: o paciente não gostará disso; o paciente se sentirá controlado; isso me fará perder material importante; isso é rígido demais. Os terapeutas são solicitados a testar essas idéias diretamente através da implementação da estrutura conforme especificado e anotar os resultados. Os terapeutas que inicialmente se sentem desconfortáveis com uma sessão mais organizada e estruturada descobrem, com freqüência, que o processo gradualmente se torna de segunda ordem, em especial quando eles anotam os resultados de acompanhamento.

Os elementos básicos de uma sessão de terapia cognitiva são uma breve atualização (incluindo classificação de humor e uma checagem de anuência à medicação, quando aplicável), uma ponte da sessão anterior, estabelecimento da agenda, uma revisão da tarefa de casa, discussão de tópico(s), indicação de nova tarefa de casa, resumos e *feedback*. Terapeutas cognitivos experientes podem desviar-se desse formato às vezes, porém o terapeuta novato é usualmente mais efetivo quando segue a estrutura especificada.

Este capítulo delinea e ilustra o formato da sessão inicial de terapia, enquanto o capítulo seguinte enfoca a estrutura comum para sessões subseqüentes. Dificuldades em aderir à estrutura estão descritas no Capítulo 5.

■ METAS E ESTRUTURA DA SESSÃO INICIAL

Em preparo à primeira sessão, o terapeuta revisa a avaliação inicial do paciente. Um exame diagnóstico completo é essencial para planejar efetivamente um tratamento, pois os tipos de transtornos Eixo I e Eixo II (de acordo com o DSM) ditam como a terapia cognitiva padrão deveria ser variada para o paciente (ver Capítulo 16). Atenção aos problemas que o paciente apresenta, funcionamento atual, sintomas e história ajudam o terapeuta a fazer uma conceituação inicial e formular um plano de terapia geral. O terapeuta anota os itens de agenda que ele deseja cobrir durante uma sessão inicial em uma folha de notas de terapia (ver Capítulo 4, Figura 4.3).

A seguir, apresentam-se as metas do terapeuta para a sessão inicial.

1. Estabelecer confiança e *rapport*.
2. Socializar o paciente na terapia cognitiva.
3. Educar o paciente sobre seu transtorno, sobre o modelo cognitivo e sobre o processo de terapia.
4. Regularizar as dificuldades do paciente e instaurar a esperança.
5. Extrair (e corrigir, caso necessário) as expectativas do paciente com a terapia.
6. Coletar informações adicionais sobre as dificuldades do paciente.
7. Utilizar essas informações para desenvolver uma lista de metas.

Uma estrutura recomendada para a sessão inicial abrangendo essas metas inclui:

1. Estabelecer a agenda (e prover um embasamento lógico para fazer isso).
2. Fazer uma checagem de humor, incluindo escores objetivos.
3. Revisar brevemente o problema presente e obter uma atualização (desde a avaliação).
4. Identificar problemas e estabelecer metas.
5. Educar o paciente sobre o modelo cognitivo.
6. Identificar as expectativas do paciente em relação à terapia.
7. Educar o paciente sobre seu transtorno.
8. Estabelecer a tarefa de casa.
9. Prover um resumo.
10. Obter o *feedback*.

Se o paciente está tomando medicação para seus problemas psicológicos, se a medicação é indicada ou se ele está atualmente abusando de álcool ou drogas, o terapeuta também acrescenta esses tópicos relevantes à agenda.

Antes de descrever um elemento de sessão, é preciso fazer uma advertência. Se o paciente está sem esperanças e apresenta tendência suicida, as metas e a forma da primeira sessão (ou de qualquer sessão) são modificadas. É de importância primordial avaliar o grau de tendência suicida do paciente, descobrir o que o deixa tão sem esperanças e solapar essa desesperança (Beck et al., 1979; Fremouw, dePerczel & Ellis, 1990; Freeman, Pretzer, Fleming & Simon, 1990). Intervenção em crise também assume precedência sobre tudo o mais quando o paciente está em perigo por parte de outros ou constitui um perigo potencial para outros.

É essencial começar a construir confiança e *rapport* com os pacientes na primeira sessão. Esse processo continuado é facilmente alcançado com a maioria dos pacientes sem transtornos de personalidade. O terapeuta cujo paciente apresenta apenas um diagnóstico Eixo I simples direto usualmente não precisa expressar sua empatia através de um grande número de declarações diretas. Em vez disso, ele continuamente demonstra seu comprometimento com o entendimento do paciente por intermédio de suas palavras, tom de voz, expressões faciais e linguagem corporal. Os pacientes sentem-se valorizados e entendidos quando o terapeuta demonstra empatia e compreensão acurada dos seus problemas e idéias através de suas perguntas e declarações atenciosas.

As mensagens implícitas e às vezes explícitas do terapeuta são de que ele se preocupa e valoriza o paciente; que ele está seguro de que podem trabalhar juntos; que ele acredita que pode ajudá-lo e que o paciente pode aprender a ajudar a si próprio; que ele realmente deseja entender o que o paciente está experimentando e como é “estar na sua pele”; que ele não está oprimido pelos problemas do paciente, embora o *paciente* possa estar; que ele atendeu e ajudou outros pacientes bastante semelhantes, que ele acredita que a terapia cognitiva é o tratamento apropriado e que o paciente melhorará.

Como um meio adicional de demonstrar respeito e colaboração com o paciente, o terapeuta verifica a percepção do paciente sobre o processo terapêutico e de si mesmo como terapeuta no final de cada sessão. Conseguir *feedback* explícito ajuda a fortalecer a aliança terapêutica. Obter o *feedback* do paciente capacita o terapeuta a avaliar se ele está sendo percebido como empático, competente e atencioso e lhe permite a oportunidade de corrigir *em um estágio inicial* quaisquer concepções errôneas que o paciente tenha.

Os pacientes freqüentemente apreciam o raro convite para dar retorno a um profissional; eles recebem uma mensagem positiva sobre sua parceria na terapia e habilidade de afetar o processo terapêutico. Às vezes, o terapeuta e o paciente têm uma perspectiva diferente sobre o que ocorreu em uma sessão de terapia; a propensão de ter a oportunidade de explorar esses momentos importantes é aumentada se o terapeuta consistentemente extrai o retorno do paciente de uma forma não-superficial, não-defensiva.

■ ESTABELECENDO O ROTEIRO DA SESSÃO

Conforme mencionado anteriormente, um importante objetivo na primeira sessão é começar a socializar o paciente para a terapia cognitiva. Conforme ocorre com outras técnicas, é aconselhável primeiro apresentar ao paciente um breve raciocínio.

TERAPEUTA: Eu gostaria de começar a nossa sessão estabelecendo o roteiro, decidindo sobre o que nós falaremos hoje. Nós faremos isso no começo de cada sessão para que nos asseguremos de ter tempo para cobrir as coisas mais importantes. Eu tenho alguns itens que gostaria de sugerir e então perguntarei a você o que gostaria de acrescentar. Isso está ok?

PACIENTE: Está.

T: Nossa primeira sessão será um pouco diferente das sessões futuras, porque nós temos muito chão a percorrer e precisamos conhecer-nos melhor. Primeiro, eu gostaria de verificar como você tem-se sentido. Então gostaria de ouvir mais sobre o que a trouxe à terapia, o que você gostaria de realizar, quais são alguns dos seus problemas e o que você espera da terapia. Está ok até aqui?

P: Huh huh.

T: Eu também gostaria de saber o que você já sabe sobre terapia cognitiva e explicarei como a nossa terapia acontecerá. Nós falaremos sobre o que você poderia tentar fazer como tarefa de casa e, no final, resumirei o que nós falamos e pedirei o seu *feedback* - o que você achou da terapia... Tem alguma coisa que você gostaria de acrescentar ao roteiro de hoje?

P: Sim. Eu tenho algumas perguntas sobre o meu diagnóstico e quanto tempo você acha que será necessário ficar em terapia.

T: Certo. Deixe-me anotar as suas perguntas e nós nos certificaremos de chegar a elas hoje. (*Anota os itens do paciente.*) Você perceberá que eu tendo a escrever muitas das coisas durante a nossa sessão. Quero certificar-me de lembrar do que é importante.... Ok, algo mais para o roteiro de hoje?

P: Não, isso é tudo.

T: Se você pensar sobre outras coisas enquanto nós prosseguimos, apenas me informe.

Idealmente, estabelecer o roteiro é rápido e objetivo. Explicar o raciocínio torna o processo de terapia mais compreensível para o paciente e deixa clara a sua participação ativa de uma forma estruturada e produtiva. Falha em estabelecer agendas explícitas resulta, com frequência, em pelo menos algum discurso improdutivo, já que isso impede que o terapeuta e o paciente focalizem os tópicos que são de maior importância para o paciente. O terapeuta consulta o roteiro de novo por volta do fim de uma sessão, quando ele revisa a tarefa de casa do paciente. Uma tarefa de casa deve ter como objetivo fazer com que o paciente pense sobre (e talvez anote) o nome tópico (em vez de uma descrição prolongada) de uma situação ou problema que ele deseja colocar no roteiro para a sessão seguinte. A maioria dos pacientes facilmente aprende

como contribuir para a agenda. O Capítulo 5 descreve estratégias a serem aplicadas quando o estabelecimento do roteiro for problemático.

■ VERIFICAÇÃO DE HUMOR

Tendo estabelecido o roteiro na sessão inicial, o terapeuta faz uma breve checagem de humor. Além de seu relatório subjetivo semanal, questionários de auto-relato objetivos, como o Inventário Beck de Depressão, Inventário Beck de Ansiedade e Escala Beck de Desamparo (ver Apêndice D), ajudam o paciente e o terapeuta a monitorar de que forma o paciente está progredindo. Um exame cuidadoso desses testes pode realçar para o terapeuta problemas que o paciente pode não ter relatado verbalmente, por exemplo, dificuldades para dormir, redução de impulso sexual, sentimento de fracasso e aumento de irritabilidade.

Se testes objetivos não estão disponíveis, o terapeuta pode escolher dispendar algum tempo na primeira sessão, ensinando o paciente a prover uma classificação para seu humor em uma escala de 0 a 100. (“Revisando a semana anterior, em média, como sua depressão [se ansiedade ou raiva são os problemas presentes] esteve em uma escala de 0 a 100, 0 (zero) significa nenhuma depressão e 100 indica o mais deprimido que você já se sentiu?”) Na transcrição a seguir, o terapeuta terminou de estabelecer o roteiro e está no processo de avaliar o humor do paciente.

T: Ok, próximo assunto. Que tal se nós começarmos com como você passou esta semana? Posso ver os formulários que você preencheu? (*Examina-os*).

Parece que você ainda está bastante deprimida e ansiosa; esses escores não mudaram muito desde a avaliação. Isso parece certo?

P: Sim, eu acho que ainda estou do mesmo jeito.

T: (*Fornecendo embasamento lógico.*) Se estiver bem para você, eu gostaria que chegasse a cada sessão alguns minutos mais cedo para que possa preencher estes três formulários. Eles me ajudam a ter uma idéia rápida de como você se sentiu na semana anterior, embora eu também sempre vá pedir que você descreva com suas próprias palavras como passou. Isso está bem para você?

P: Sim.

O terapeuta anota o resultado somado dos testes objetivos e também rapidamente investiga itens individuais para determinar se os testes apontam algo importante para o roteiro, especialmente observando itens relacionados à falta de esperança e à tendência suicida. Ele pode também colocar em forma de gráfico os escores de teste ou classificá-los de 0 a 100 para tornar o progresso do paciente visível para ambos (ver Figura 3.1). Se o paciente resiste a preencher formulários, o terapeuta registra esse problema no roteiro, para que ele possa ajudá-lo a identificar e avaliar seus pensamentos automáticos sobre preencher formulários. Caso necessário, ele negocia com o paciente, talvez optando por classificações de 0 a 100 ou severidade baixa/média/alta visando manter sua colaboração (ver Capítulo 5).

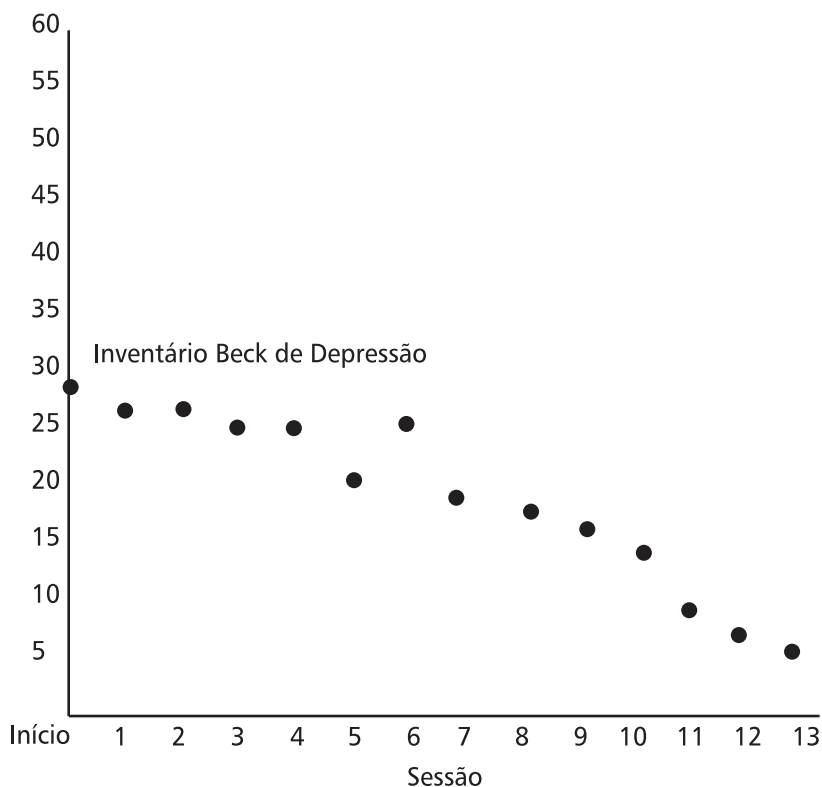


FIGURA 3.1. Gráfico dos escores de teste objetivos de Sally.

■ REVISÃO DO PROBLEMA APRESENTADO, IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E ESTABELECIMENTO DE METAS

Na sessão seguinte, o terapeuta revisa brevemente o problema presente. Ele pede ao paciente para atualizá-lo, então volta sua atenção à identificação dos problemas específicos do paciente. Como uma extensão lógica, ele ajuda o paciente a transformar esses problemas em metas a serem trabalhadas na terapia.

T: (*Resumindo primeiro.*) Ok, nós estabelecemos a agenda e verificamos o seu humor. Agora, se estiver ok, gostaria de me certificar se entendi por que você veio para a terapia. Eu li o resumo inicial e parece que você se tornou bastante deprimida aproximadamente há quatro meses, logo depois que você veio para a universidade. E você também sentiu muita ansiedade, mas isso não é tão ruim quanto a depressão. Isso está certo?

P: É... Eu tenho estado bastante mal.

T: Alguma coisa importante aconteceu entre o período em que você foi avaliada e agora que eu devesse saber?

P: Na verdade, não. As coisas estão bem parecidas.

T: Você pode contar-me especificamente que problemas você tem tido? E útil para mim ouvir isso nas suas próprias palavras.

P: Oh, eu não sei. Tudo está tão confuso. Eu estou terrivelmente mal nos estudos. Eu estou muito atrasada. Eu me sinto tão cansada e para baixo o tempo todo. Às vezes, eu tenho vontade de simplesmente desistir.

T: Você teve algum pensamento sobre ferir-se?

[O terapeuta gentilmente sonda ideação suicida, porque ele focalizará diretamente sobre a falta de esperança do paciente se ele for potencialmente suicida.]

P: Na verdade, não. Eu apenas queria que os meus problemas, de alguma forma, desaparecessem.

T: Parece como se você estivesse confusa.

P: É, eu não sei o que fazer.

T: *(Ajudando o paciente a focalizar e separar os problemas em segmentos mais manejáveis.)* Ok, parece que você tem dois problemas principais no momento. Um, você não está bem nos estudos. Dois, você se sente cansada e para baixo. Há algum outro?

P: *(Dá de ombros.)*

T: Bem, o que você gostaria de alcançar na terapia? Como você gostaria que sua vida fosse diferente?

P: Eu gostaria de ser mais feliz, sentir-me melhor.

T: *(Fazendo a paciente especificar em termos comportamentais o que “mais feliz” e “sentir-se melhor” significam para ela.)* E se você estivesse mais feliz e se sentindo melhor, o que você estaria fazendo?

P: Eu gostaria de estar indo melhor nos meus cursos e mantendo o trabalho em dia... eu estaria encontrando mais pessoas, talvez me envolvendo em algumas atividades, como eu era no segundo grau... Eu acho que eu não estaria preocupando-me o tempo todo. Eu me divertiria mais e não me sentiria tão solitária.

T: *(Fazendo a paciente participar mais ativamente no processo de estabelecimento de metas.)* Ok, essas são todas boas metas. O que você acha se você as escrevesse sobre este papel carbono para que nós dois pudéssemos ficar com uma cópia?

P: Certo. O que eu devo escrever?

T: Coloque a data em cima e escreva “Lista de Metas”... Agora, qual foi uma das metas? *(Orientando o paciente a escrever a lista, a seguir, com itens expressados em termos comportamentais.)*

Lista de Metas - 1º de Fevereiro

1. Melhorar nos estudos.
 2. Reduzir preocupação sobre testes.
 3. Encontrar mais pessoas.
 4. Participar em atividades escolares.
-

T: Ok, está bom. Agora, que tal se como tarefa de casa você lesse essa lista e visse se você tem algumas metas para acrescentar. Está bem?

P: Sim.

T: Bem, antes que nós sigamos adiante, deixe-me apenas rapidamente resumir o que nós fizemos até agora. Nós estabelecemos o roteiro, revisamos os seus formulários, conversamos sobre por que você procurou terapia e iniciamos uma lista de metas.

O terapeuta eficientemente revisa o problema presente do paciente, determina que o paciente não está sob risco para suicídio, que não houve desenvolvimentos significativos desde a avaliação inicial e ajuda o paciente a traduzir problemas específicos em metas para a terapia. Se o paciente estivesse sob risco para suicídio, tivesse informações novas importantes para comunicar ou tivesse dificuldade em especificar seus problemas ou metas, o terapeuta teria dispendido mais tempo nessa fase da sessão inicial (mas, é claro, teria tido menos tempo para outros itens).

Cedo na sessão, o terapeuta torna o paciente mais envolvido com a tarefa de escrever. Ele sugere ao paciente o que escrever, já que isso não está óbvio para ele. (Em cada sessão, ele pedirá ao paciente para tomar notas em papel carbono ou em um caderno [que ele pode fotocopiar] para que tanto ele como o paciente possam manter uma cópia.) O próprio terapeuta escreve quando pacientes que não podem ou fortemente preferem não escrever eles mesmos. Pacientes, incluindo crianças que não são alfabetizadas, podem fazer desenhos ou escutar uma fita de áudio da sessão de terapia como um meio de reforçar idéias-chaves da terapia.

O terapeuta também orienta o paciente a especificar uma meta global (“eu gostaria de me sentir mais feliz, me sentir melhor”) em termos comportamentais. Em vez de permitir que uma discussão de metas domine a sessão, ele pede ao paciente para refinar a lista como tarefa de casa. Finalizando, ele resume o que eles discutiram até o momento na sessão, antes de prosseguir.

■ EDUCANDO O PACIENTE SOBRE O MODELO COGNITIVO

Uma importante meta geral da terapia cognitiva é ensinar o paciente a tornar-se seu próprio terapeuta cognitivo. Cedo, o terapeuta levanta (e corrige, caso

necessário) o que o paciente já sabe sobre esse tipo de terapia. Ele o educa sobre o modelo cognitivo, usando os exemplos do próprio paciente e d  a ele uma antevisão da terapia.

T: Que tal se nós nos voltássemos a descobrir o que você já sabe sobre terapia cognitiva e como você espera que a terapia prossiga?

P: Bem, na verdade eu não sei muito sobre isso, apenas o que o conselheiro me disse...

T: O que você aprendeu?

P: Para falar a verdade, eu não lembro.

T: Isso está ok, nós revisaremos algumas das idéias agora. Primeiro, eu gostaria de verificar de que forma o seu pensamento lhe afeta. Você consegue pensar em qualquer momento, nos últimos dias, em que você percebeu que o seu humor mudou? Quando você estava ciente de que se havia tornado particularmente aborrecida?

P: Eu acho que sim.

T: Você pode falar-me um pouquinho sobre isso?

P: Eu estava almoçando com duas colegas e eu comecei a me sentir um pouco nervosa. Elas estavam falando sobre algo que o professor disse na aula que eu não tinha entendido.

T: Quando elas estavam falando sobre o que o professor disse, logo antes de você com ar a se sentir nervosa, você lembra o que estava passando pela sua cabeça?

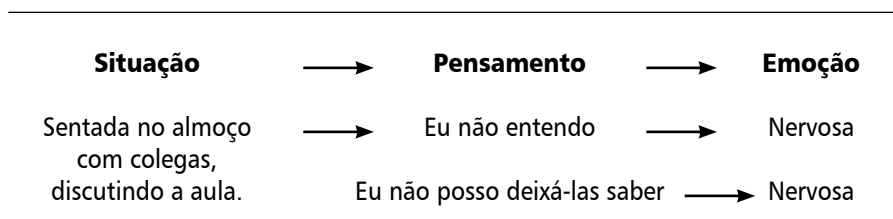


FIGURA 3.2. Notas da sessão 1 de Sally: O modelo cognitivo.

P: Eu estava pensando que eu não entendera, mas eu não as deixaria saber disso.

T: (*Usando as palavras precisas da paciente.*) Então você teve os pensamentos, “Eu não entendo” e “Eu não posso deixá-las saber?”

P:  .

T: E isso a fez sentir-se nervosa?

P: Fez.

T: Ok, e se nós f z ssemos um diagrama. Você acaba de dar um bom exemplo de como os seus pensamentos influenciam a sua emoção. (*Orienta a paciente*

a escrever o diagrama na Figura 3.2 e o revisa com ela.) Isso está claro para você? A forma como você viu essa situação a levou a um pensamento que então influenciou como você se sentiu.

P: Eu acho que sim.

T: Vejamos se nós podemos reunir mais uns dois exemplos dos últimos dias. Por exemplo, hoje como você estava enquanto aguardava a sua hora na sala de espera?

P: Um pouco triste.

T: E o que estava passando pela sua cabeça naquele momento?

P: Eu não lembro exatamente.

T: (*Tentando tornar a experiência mais vívida na mente da paciente.*) Você consegue imaginar-se de volta na sala de espera neste momento? Você pode imaginar-se sentada lá? Descreva a cena para mim como se ela estivesse acontecendo exatamente agora.

P: Bem, eu estou sentada na cadeira perto da porta, longe da recepcionista. Uma mulher entra, ela está um pouco sorridente e fala com a recepcionista. Ela está fazendo piadas e parecendo feliz e... normal.

T: E como você está?

P: Triste.

T: O que está passando pela sua mente?

P: Ela está feliz. Ela não está deprimida. Eu jamais serei assim de novo.

T: (*Reforçando o modelo cognitivo.*) Ok. Novamente nós temos um exemplo de como o seu pensamento - "Eu jamais serei assim de novo" - influenciou o seu estado de espírito; isso a tornou triste. Isso está claro para você?

P: Está. Eu acho que sim.

T: Você pode contar-me, nas suas próprias palavras, qual é a conexão entre pensamentos e sentimentos? (*Certificando-se de que a paciente pode verbalizar seu entendimento do modelo cognitivo.*)

P: Bem, parece que os meus pensamentos afetam a forma de como eu me sinto.

T: Sim, é isso. O que eu gostaria que você fizesse, se você concordar, é monitorar, esta semana, o que está passando pela sua cabeça quando você percebe o seu humor mudando ou piorando, ok? (*Facilitando ao paciente levar a cabo o trabalho da sessão de terapia ao longo da semana.*)

P: Certo.

T: De fato, que tal se você escrevesse essa tarefa [sobre papel carbono] para que nós dois pudéssemos ter uma cópia? "Quando eu percebo o meu humor mudando ou piorando, eu pergunto: 'O que está passando pela minha cabeça?' e anoto os pensamentos. Agora, você tem alguma idéia de por que eu gostaria que você os anotasse?"

P: Eu acho que é devido a você dizer que os meus pensamentos fazem com que eu me sinta mal.

T: Ou eles pelo menos *contribuem* para que você se sintam mal, sim. E para dar a você uma antevisão da terapia cognitiva - parte que nós estaremos identificando juntos os pensamentos que parecem estar aborrecendo você. Então, examinaremos esses pensamentos e veremos quão *precisos* eles são. Muitas vezes eu penso que verificaremos que esses pensamentos *não* são completamente precisos. Nós deveríamos escrever algo sobre isso também.

P: (*Escreve.*)

T: Então, nós avaliaremos os pensamentos e você aprenderá a mudá-los.

P: Isso parece difícil.

T: Bem, muitas pessoas pensam assim em princípio, mas logo elas descobrem que ficam boas nisso. Nós apenas progrediremos passo a passo para ensiná-la a fazer isso. Mas foi bom você ter identificado o seu pensamento. Se você de fato tiver mais pensamentos como “Isso parece difícil”, certifique-se de escrevê-los para que possamos examiná-los na próxima sessão. Ok?

P: Ok.

T: Você acha que terá qualquer problema para anotar alguns pensamentos?

(*Checando para ver se a paciente antecipa dificuldades que eles poderiam resolver.*)

P: Não. Eu acho que posso fazer isso.

T: Bom. Mas mesmo se você não puder, está ok. Você voltará na próxima semana e nós trabalharemos sobre isso juntos, certo?

P: Certo.

Nessa sessão, o terapeuta explica, ilustra e recorda o modelo cognitivo *com os exemplos do próprio paciente*. Ele procura limitar sua explicação a apenas umas duas frases de cada vez e pede ao paciente para colocar em suas próprias palavras o que ele disse para que possa verificar seu entendimento. (Se as habilidades cognitivas do paciente estivessem prejudicadas ou limitadas, o terapeuta poderia ter utilizado auxílios de aprendizagem mais concretos, como rostos com várias expressões para ilustrar emoções.) Ele também se certifica de que o paciente escreve os pontos mais importantes.

Essa paciente específica capta facilmente o modelo cognitivo. Se ela tivesse dificuldade em identificar seus pensamentos ou emoções, seu terapeuta teria pesado os benefícios de utilizar outras técnicas (ver Capítulo 6) para atingir esse objetivo com a consequência possível de forçar demais (talvez aumentando a disforia do paciente ou interferindo no *rapport*). Tivesse ele decidido contra uma explicação mais extensa do modelo cognitivo, tomaria cuidado para que o paciente não se culpasse por falhar em entender. (“Às vezes, é difícil reconhecer esses pensamentos. Usualmente eles são tão rápidos. Mas não importa agora. Nós voltaremos a isso mais adiante.”)

Na sessão seguinte, o terapeuta investiga os pensamentos automáticos na forma de imagens visuais. Os pacientes tendem a ter muito mais dificuldades para identificar estes pensamentos automáticos visuais e podem não ser capazes de fornecer exemplos. Não obstante, eles tendem muito mais a reconhecer e relatar imagens quando são alertados antecipadamente para isso na terapia.

T: Agora, deixe-me mencionar mais uma coisa. Você percebeu que eu disse que você deveria perguntar a si mesma o que está passando pela sua cabeça quando o seu humor mudar, não “O que eu estou pensando?” A razão pela qual eu fraseei dessa forma se deve a que nós freqüentemente pensamos em *imagens* ou na forma de figuras. Por exemplo, antes de entrar aqui pela primeira vez hoje, você imaginou como eu poderia parecer?

P: Eu acho que tive uma vaga idéia de alguém mais velho e talvez mais rígido e mais sério.

T: Ok, bom. Essa idéia ou imaginação é o que nós chamamos de uma *imagem*. Então quando você pergunta para si mesma “O que está passando pela minha cabeça?”, verifique tanto palavras como imagens. Você deseja escrever isso também?

Desse modo, o terapeuta socializa o paciente em reconhecer que os pensamentos automáticos podem vir de muitas formas diferentes e até mesmo em modalidades sensoriais diferentes, aumentando a propensão de que ele estará mais prontamente ciente dos seus pensamentos automáticos em *qualquer* forma que eles ocorram.

■ EXPECTATIVAS PARA A TERAPIA

Os pacientes freqüentemente entram em terapia com a noção de que a terapia é mística ou inescrutável e que eles não serão capazes de compreender o processo através do qual eles melhorarão. O terapeuta cognitivo, em contraste, enfatiza que esse tipo de terapia é ordenado e racional e que os pacientes melhoram porque entendem a si mesmos melhor, resolvem problemas e aprendem fundamentos (ferramentas) que eles mesmos podem aplicar. O terapeuta continua a socializar o paciente na terapia transmitindo a mensagem de que o paciente deve partilhar responsabilidade por progredir na terapia. Para a maioria dos pacientes, uma discussão breve, como a que transcrevemos abaixo, é suficiente.

T: A seguir, eu gostaria de saber como você espera melhorar.

P: Eu não tenho certeza do que você quer dizer.

T: Bem, alguns pacientes têm a idéia de que um terapeuta irá curá-los. Outros pensam que eles melhorarão com a ajuda do terapeuta, mas eles têm um sentimento de que são eles que realmente farão o trabalho.

P: Eu acho que, antes de vir, pensei que, de alguma forma, você iria curar-me. Mas a partir do que você disse hoje, acho que você me ensinará coisas para fazer.

T: É isso. Eu a ajudarei a aprender as ferramentas para superar a depressão - e, de fato, você será capaz de usar essas ferramentas pelo resto da sua vida para ajudar com outros problemas.

Na sessão inicial, é desejável que o terapeuta dê ao paciente uma noção geral de quanto tempo ele deveria esperar permanecer em terapia. Usualmente é melhor sugerir uma extensão de um mês e meio a quatro meses para muitos pacientes, embora alguns pudessem ser capazes de terminar mais cedo (ou caso pudessem ter restrições financeiras ou limitações de seguro). Outros pacientes, particularmente os com dificuldades psicológicas crônicas ou os que desejam trabalhar sobre problemas relacionados a um transtorno de personalidade, podem permanecer em terapia por um ano ou mais. A maioria dos pacientes progride satisfatoriamente com sessões semanais a menos que estejam severamente deprimidos ou ansiosos, com tendências suicidas ou claramente necessitados de mais apoio. Por volta do fim da terapia, as sessões podem ser gradualmente mais espaçadas para dar ao paciente mais oportunidades para resolver seus problemas, tomar decisões e usar suas ferramentas de terapia de forma independente.

O exemplo, a seguir, apresenta um modo no qual o terapeuta poderia dar ao paciente uma idéia de como a terapia prosseguirá:

T: Se estiver ok para você, nós planejaremos encontrar-nos uma vez por semana até que você esteja se sentindo significativamente melhor, então nós passaremos para uma vez a cada duas semanas, então talvez uma vez a cada três ou quatro semanas. Nós tomaremos essas decisões sobre como espaçar a terapia juntos. E mesmo quando nós decidirmos terminar, eu recomendaréi que você volte para uma “injeção de estímulo” uma vez a cada três meses durante algum tempo. O que você acha?

P: Bom.

T: É difícil prever agora quanto tempo você deverá ficar em terapia. Minha melhor previsão é algo em torno de oito a catorze sessões. Se nós considerarmos que você tem algum problema realmente de longa duração sobre os quais você deseja trabalhar, poderia levar mais tempo. Novamente, nós decidiremos *juntos* o que parece ser melhor. Ok?

■ EDUCANDO O PACIENTE SOBRE SEU TRANSTORNO

A maioria dos pacientes deseja conhecer seu diagnóstico geral, saber que eles não estão loucos e que seu terapeuta já ajudou outros como eles antes e não acha que eles são estranhos. Usualmente é preferível evitar o rótulo de um diagnóstico de transtorno de personalidade. Em vez disso, é melhor dizer algo mais geral e livre de jargão, como “Parece que você tem estado bastante deprimido durante o último ano e você teve alguns problemas de longa duração com relacionamentos.” É também desejável dar ao paciente alguma informação inicial sobre seu transtorno, para que ele possa começar a atribuir alguns dos seus problemas ao seu transtorno e, por meio disso, reduzir a autocrítica.

A transcrição a seguir ilustra como educar pacientes que estão deprimidos. (Ela requer alterações, é claro, para pacientes com outros transtornos.)

T: Agora, a última coisa no seu roteiro foi o seu diagnóstico. A avaliação mostra que você está significativamente deprimida e ansiosa - assim como muitos dos pacientes que nós atendemos aqui. Eu estou bastante esperançoso de que nós seremos capazes de ajudá-la a se sentir melhor. O que você pensa?

P: Eu estava com medo que você pensasse que eu estivesse louca.

T: Não, em absoluto, você tem uma doença ou problema bastante comum chamado depressão e parece que tem muitos dos mesmos problemas que a maioria dos nossos pacientes aqui. Mas, novamente, este é um bom pensamento automático: "Você pensará que eu estou louca." Como você se sente agora que descobriu que isso não é verdade?

P: Aliviada.

T: Então, corrigir o seu pensamento *de fato* ajudou. Se você tiver mais alguns pensamentos como esse, poderia escrevê-los para a tarefa de casa, para que nós possamos avaliá-los na próxima sessão?

P: Claro.

T: Esse tipo de pensamento muito negativo é um sintoma da sua depressão. A depressão afeta como você vê a si mesmo, seu mundo e o seu futuro. Para a maioria das pessoas que estão deprimidas é como se ela estivesse vendo a si mesma e seu mundo através de óculos cobertos com tinta preta. Tudo parece escuro e sem esperança. Parte do que nós faremos na terapia é raspar a tinta preta e ajudá-la a ver as coisas de uma forma mais realista... Essa analogia faz sentido para você?

(Usar uma analogia frequentemente ajuda o paciente a ver sua situação de uma forma diferente.)

P: Claro, eu entendo.

T: Ok, então vamos revisar alguns dos outros sintomas de depressão que você também tem. A depressão interfere com o seu apetite, o seu sono, seu desejo sexual e sua energia. Ela também afeta a sua motivação e impulsos entre outras coisas. Agora, a maioria das pessoas deprimidas começa a criticar a si mesma por não ser como era antes. Você lembra de qualquer momento recente no qual você criticou a si mesma? (*Identificando incidentes específicos.*)

P: Claro. Ultimamente eu tenho levantado da cama tarde e não tenho feito as minhas tarefas de casa e acho que estou louca e que eu não presto.

T: Agora, se você tivesse tido pneumonia e tivesse problemas em sair da cama e em fazer o que você precisa, você se chamaria de preguiçosa ou imprestável?

P: Não, eu acho que não.

T: Seria útil, esta semana, se você respondesse ao pensamento "Eu sou preguiçosa?"

P: Provavelmente. Eu poderia não me sentir tão mal.

T: Do que você poderia lembrar-se?

(Obtendo uma resposta em vez de apenas proporcionando que se adote uma participação ativa e um certo grau de autonomia.)

P: Eu acho que *eu* estou deprimida e é difícil para mim fazer as coisas, como se eu estivesse com pneumonia.

T: Bom. E lembre de que, à medida que você trabalhar em terapia e sua depressão ceder, as coisas ficarão mais fáceis. Você estaria disposta a escrever algo sobre isso para que lembre disso esta semana? (*Sendo colaborativo e ao mesmo tempo transmitindo fortemente a mensagem de que se espera que o paciente participe ativamente na sessão e revise o conteúdo da sessão entre as sessões.*)

P: Certo.

T: E aqui está um folheto para você ler (*Coping with Depression*; ver Apêndice D) que conta a você mais sobre depressão.

■ RESUMO DE FINAL DE SESSÃO E ESTABELECIMENTO DE TAREFA DE CASA

Assim como os breves resumos (ver p.70) que o terapeuta faz ao longo da sessão, o resumo final une e reforça os pontos importantes. O resumo também inclui uma revisão do que o paciente concordou em fazer para tarefa de casa. Nas sessões iniciais, o terapeuta resume; à medida que a terapia progride, o terapeuta encoraja o *paciente* a resumir.

T: Bem, deixe-me resumir o que nós conversamos hoje. Nós estabelecemos o roteiro, verificamos o seu humor, estabelecemos algumas metas e explicamos como os seus pensamentos influenciam os seus sentimentos. Nós conversamos sobre como a terapia ocorrerá. Nós vamos fazer duas coisas principais: trabalhar sobre seus problemas e metas e mudar o seu pensamento quando você verificar que ele não é preciso. Agora, vejamos o que você escreveu para tarefa de casa. Eu quero certificar-me de que você acha que isso é viável e que isso ajudará.

Tarefa de Casa - 1º de Fevereiro

1. Refinar a lista de metas.
 2. Quando meu humor mudar, perguntar a mim mesma: "O que está passando pela minha cabeça agora?" e anotar pensamentos (e imagens). Relembrar-me de que esses pensamentos podem ou não ser verdadeiros.
 3. Relembrar que eu estou *deprimida* no momento, não com preguiça, e que é por isso que as coisas estão difíceis.
 4. Pensar sobre o que eu desejo colocar no roteiro da próxima semana (que problema ou situação) e como nomeá-lo.
 5. Ler o folheto e as notas de terapia.
 6. Ir nadar ou correr três vezes esta semana.
-

O terapeuta tenta assegurar-se de que o paciente obtém sucesso em fazer a tarefa de casa da terapia (ver Capítulo 14). Se ele percebe que o paciente poderá não executar alguma parte da tarefa, sugere retirá-la. (“Você acha que terá problemas para anotar seus pensamentos? [Se sim,] você acha que nós deveríamos cortar isto da lista de hoje? Não tem nada de mais, você pode escolher.”)

Ocasionalmente, um paciente não aceita bem o termo “tarefa de casa”. O terapeuta então toma cuidado para diferenciar a tarefa de casa da terapia, que é colaborativamente estabelecida e especialmente projetada para ajudar o paciente a sentir-se melhor, de experiências prévias (usualmente tarefas de casa escolares) que envolveram tarefas obrigatórias, não personalizadas e freqüentemente não úteis. O terapeuta e o paciente podem também fazer um *brainstorm* para encontrar um termo mais aceitável como “atividades de auto-ajuda.” Tendo resolvido o problema prático de usar o termo “tarefa de casa”, o terapeuta poderia buscar (ou arquivar mentalmente para exploração futura) o sentido para o paciente da palavra “tarefa de casa” para descobrir se sua objeção a isso se encaixa em um padrão maior (Por exemplo: o paciente é sensível a controle por parte de outros? Ele se sente inadequado quando solicitado a realizar uma tarefa?).

Uma tarefa de casa comum de primeira sessão (e de sessão posterior) envolve biblioterapia. O terapeuta poderia pedir ao paciente para ler um capítulo de um livro sobre terapia cognitiva para leigos (por exemplo, Burns, 1980, 1989; Greenberger & Padesky, 1995; Morse, Morse & Nackoul, 1992) ou um folheto educativo (ver Apêndice D). Ele tenta tornar o paciente ativamente envolvido na leitura (“Quando você ler isso, marque para que possa me dizer com o que você concorda ou discorda, o que parece encaixar para você e o que não parece.”).

Uma segunda tarefa para casa comum nas sessões iniciais é a monitoração de atividade e/ou agendamento (ver Capítulo 12). A meta é fazer os pacientes retomarem atividades nas quais eles anteriormente obtiveram uma sensação de conquista e/ou prazer.

■ **FEEDBACK**

O elemento final de cada sessão de terapia é o *feedback*. No final da primeira sessão, a maioria dos pacientes tem sentimentos positivos em relação ao terapeuta e à terapia. Pedir *feedback* fortalece adicionalmente o *rapport*, transmitindo a mensagem de que o terapeuta se importa com o que o paciente pensa. Isso também proporciona ao paciente uma chance para expressar-se e para o terapeuta, resolver quaisquer mal-entendidos. Ocasionalmente, algum paciente faz uma interpretação idiossincrásica de algo que o terapeuta disse ou fez. Perguntar ao paciente se houve algo que o incomodou dá a ele a oportunidade de verbalizar e então testar suas conclusões. Além do *feedback* verbal, o terapeuta pode solicitar ao paciente que preencha um Relato de Terapia escrito (ver Figura 3.3).

RELATÓRIO DE TERAPIA

1. O que você vivenciou hoje que é importante para você lembrar?
 2. Quanto você sentiu que poderia confiar no seu terapeuta hoje?
 3. Houve qualquer coisa que incomodou você em relação à terapia hoje?
Se houve, o que foi?
 4. Quanta tarefa de casa você fez para a terapia hoje? Quão propenso você está a fazer a nova tarefa de casa?
 5. O que você deseja certificar-se de abordar na próxima sessão?
-

FIGURA 3.3. Relato de Terapia. Copyright 1995, por Judith S. Beck, Ph.D.

T: Agora, no final de cada sessão, eu vou pedir a você um *feedback* de como sentiu que foi a sessão. Você, na realidade, tem *duas* chances - contar-me diretamente e/ou escrever em um Relato de Terapia que você pode preencher na sala de espera depois da nossa sessão. Eu o lerei e se houver quaisquer problemas, poderemos colocá-los no roteiro para a nossa próxima sessão. Agora, houve qualquer coisa sobre esta sessão que incomodou você?

P: Não, foi tudo bem.

T: Alguma coisa importante que lhe chamou a atenção?

P: Eu acho que talvez eu possa me sentir melhor examinando o que eu estou pensando.

T: Bom. Alguma coisa a mais que você gostaria de dizer ou que você gostaria de colocar no roteiro para a próxima sessão?

P: Não.

T: Então, ok. Foi um prazer trabalhar com você hoje. Você, por favor, preencheria o Relato de Terapia na sala de espera agora e os outros três formulários que eu dei a você logo antes da nossa sessão na próxima semana? E você tentará fazer a tarefa de casa que você anotou na sua folha de tarefas, ok?

P: (*Concorda com a cabeça.*) Ok. Obrigada.

T: Nos vemos na semana que vem.

Ocasionalmente, algum paciente de fato tem uma reação negativa à primeira sessão de terapia. O terapeuta procura especificar o problema e estabelece seu sentido para o paciente. Então ele intervém e/ou marca o problema para intervenção na sessão seguinte, como no exemplo a seguir:

T: Agora, houve qualquer coisa em relação a esta sessão que incomodou você?

P: Eu não sei... Eu não estou certo de que esta terapia é para mim.

T: Você não acha que ela ajudará?

P: Não, não realmente. Você vê, eu tenho problemas concretos. Não é *apenas* o meu pensamento.

T: Eu fico satisfeito que você tenha me contado. Isso me dá a oportunidade de dizer que eu *de fato* acredito que você tem problemas concretos. Eu não quis sugerir que você não os têm. Os problemas com o seu chefe e os seus vizinhos e o seu sentimento de solidão... É claro, todos esses são problemas concretos; problemas sobre os quais nós trabalharemos juntos para resolver. Eu *não* penso que tudo o que nós precisamos fazer é examinar os seus pensamentos. Eu peço desculpas se eu passei a você essa impressão.

P: Está Ok... É apenas que... bem, eu me sinto tão confusa. Eu não sei o que fazer.

T: Você está disposta a voltar na próxima semana para que nós possamos trabalhar juntos sobre os sentimentos de confusão?

P: Sim, eu acho que sim.

T: A tarefa de casa também está contribuindo para este sentimento de confusão?

P:... Talvez.

T: Você gostaria de deixá-la? Nós poderíamos apenas decidir agora que você *não* faça a tarefa de casa esta semana e nós a faremos juntos na nossa próxima sessão em vez disso. Ou você poderia levar esta folha para casa e decidir em casa se você está se sentindo disposta a fazê-la.

P: Eu apenas me sentiria culpada se eu a levasse para casa e não fizesse.

T: Ok, então planejemos que você não a faça. Alguma outra coisa incomodou você na sessão de hoje?

Aqui o terapeuta reconhece a necessidade de fortalecer a aliança terapêutica. Ou ele perdeu sinais da insatisfação do paciente durante a sessão ou o paciente foi apto em ocultá-los. Se o terapeuta tivesse deixado de pedir *feedback* sobre a sessão ou tivesse sido menos apto em lidar com o *feedback* negativo, seria possível que o paciente não tivesse voltado para a sessão seguinte. A flexibilidade do terapeuta em relação à tarefa de casa ajuda o paciente a reexaminar seus receios sobre a adequação da terapia cognitiva. Respondendo ao *feedback* e fazendo ajustes razoáveis, o terapeuta demonstra seu entendimento de empatia em relação ao paciente, o que facilita a colaboração e a confiança.

O terapeuta se certificará de expressar no início da sessão seguinte quão importante é para ele que eles trabalhem em equipe para delinear a terapia e a tarefa de casa para que o paciente as considere úteis. O terapeuta também utiliza essa dificuldade como uma oportunidade para refinar sua conceituação do paciente. No futuro, ele não abandonará as tarefas de casa totalmente, mas irá assegurar-se de que elas sejam mais colaborativamente estabelecidas e que o paciente não se sinta confuso.

■ RESUMO

A sessão inicial de terapia tem várias metas importantes: estabelecer *rapport*; refinar a conceituação; socializar o paciente no processo e na estrutura da terapia cognitiva; educar o paciente sobre o modelo cognitivo e sobre o seu transtorno e prover esperança e algum alívio de sintomas. Desenvolver uma sólida aliança terapêutica e encorajar o paciente a aliar-se ao terapeuta para alcançar metas terapêuticas são de importância primária nessa sessão. O capítulo a seguir descreve a estrutura das sessões posteriores de terapia, e o Capítulo 5 trata das dificuldades em estruturar as sessões.

4

SESSÃO DOIS EM DIANTE: ESTRUTURA E FORMA

A sessão dois utiliza um formato que é repetido em cada sessão subsequente. Este capítulo apresenta a forma e descreve a trajetória geral da terapia da sessão dois até quase o término do processo terapêutico. A fase final da terapia é descrita no Capítulo 15, e problemas típicos que surgem em socializar o paciente durante as sessões iniciais são apresentados nos Capítulos 5 e 17.

O roteiro típico para a segunda sessão em diante é o seguinte:

-
1. Breve atualização e verificação do humor (e de medicação, uso de álcool e/ou drogas, quando aplicável).
 2. Ponte com a sessão anterior.
 3. Estabelecer o roteiro.
 4. Revisar tarefa de casa.
 5. Discussão de tópicos do roteiro, estabelecimento de nova tarefa de casa e resumos periódicos.
 6. Resumo final e *feedback*.
-

O terapeuta experiente pode intercalar os elementos acima em uma certa extensão. O terapeuta cognitivo iniciante, no entanto, é aconselhado a aderir, tanto quanto possível, à estrutura de sessão acima.

As metas do terapeuta durante essa sessão ajudarão o paciente a selecionar um problema ou meta sobre o qual focalizar, começar a resolver problemas e reforçar o modelo cognitivo e a identificação de pensamentos automáticos. Ele também visa continuar a socializar o paciente na terapia cognitiva: seguir a forma da sessão, trabalhar colaborativamente, fornecer o *feedback* para o terapeuta e começar a ver seu passado e experiência atual à luz do modelo cognitivo. Quando o paciente está se sentindo muito melhor, o terapeuta também inicia o trabalho de prevenção de recaída (ver Capítulo 15). Acima de tudo, ele está preocupado em construir a aliança terapêutica e prover alívio de sintomas.

■ VERIFICAÇÃO DE HUMOR (E DE MEDICAÇÃO) ATUALIZADA BREVE

A verificação de humor é usualmente breve e pode ser combinada com uma breve atualização da semana. O terapeuta obtém uma descrição subjetiva do paciente e a combina com escores objetivos de teste. Quando há uma discrepância entre os escores de teste e o auto-relato, ele questiona o paciente (por exemplo, “Você disse que está melhor, mas seu inventário de depressão está em realidade mais alto do que na semana passada. O que você conclui a esse respeito?”) Ele também faz uma rápida comparação entre os escores objetivos da sessão anterior e os escores objetivos presentes (por exemplo, “O escore de ansiedade está mais baixo esta semana do que na semana passada. Você está menos ansioso esta semana?”). Uma segunda sessão típica inicia como segue:

TERAPEUTA: Olá, Sally. Como você está hoje?

PACIENTE: Um pouquinho melhor, eu acho.

T: Posso dar uma olhada nos seus formulários? Enquanto eu os estou examinando, diga-me como foi a sua semana.

P: Bem, foi ok em algumas coisas e não tão boa em outras.

T: O que aconteceu?

P: Bem, eu me senti um pouco menos deprimida, eu acho. Mas muito mais ansiosa. Eu estive tão preocupada com a minha prova de economia que não consegui concentrar-me.

T: Nós deveríamos colocar a prova no roteiro? (*Socializando o paciente e brevemente especificar um problema a ser discutido posteriormente na sessão.*)

P: Sim. E eu também tive um problema com a minha colega de quarto.

T: Ok, eu anotarei isso para discutirmos também. Alguma coisa mais que eu deveria saber sobre a sua semana?

P: Eu acho que não.

T: Ok, de volta para a checagem de humor. Esses testes também mostram uma pequena queda na depressão e um aumento de ansiedade. Por que você pensa que está se sentindo menos deprimida?

P: Eu me senti um pouquinho mais esperançosa. Eu acho que a terapia poderá ajudar-me.

T: (*Sutilmente reforçando o modelo cognitivo.*) Então você teve pensamentos como “A terapia poderia ajudar” e esses pensamentos a fizeram se sentir mais esperançosa, menos deprimida?

P: Sim... E eu pedi à Lisa - ela está na minha aula de química - para estudar comigo. Nós passamos umas duas horas ontem revisando algumas fórmulas. Isso me fez me sentir melhor, também.

T: O que se passou pela sua cabeça quando você estava estudando com ela ontem?

P: Que eu gostei dela. Que eu fiquei feliz de ter pedido e de que ela aceitou estudar junto... Eu entendo um pouco mais agora.

T: Então, nós temos dois bons exemplos de por que você se sentiu melhor esta semana. Um, você teve pensamentos esperançosos sobre a terapia. E, dois, você *fez* algo diferente - estudar com Lisa - e isso me sugere que você deu a si mesma crédito por isso.

P: É.

T: Você pode ver como nesses dois casos pensar *positivamente* afetou o modo como você se sentiu esta semana?... Eu estou contente que você esteja um pouquinho melhor. Em alguns minutos, vou querer falar sobre a trajetória da melhora, então nós vamos colocar isso no roteiro também.

Aqui Sally forneceu uma breve declaração sobre seu humor. Se ela tivesse começado a descrevê-lo prolongadamente, o terapeuta teria tentado socializá-la a dar uma descrição concisa (por exemplo, “Sally, deixe-me interrompê-la por um momento. Você pode contar-me em apenas uma frase como sua depressão e ansiedade estão em comparação com a última vez?... Ou nós deveríamos colocar “checagem de humor” no roteiro para que possamos passar mais tempo discutindo isso?”).

Sally também menciona dois problemas. Em vez de iniciar uma discussão nesse momento, o terapeuta anota os problemas para o roteiro. Se ele tivesse permitido que ela se lançasse em uma descrição mais prolongada dos problemas, ele teria privado Sally da oportunidade de refletir sobre o que era *mais* importante para ela falar durante a sessão. Ele pode também ter tido que renunciar discussões de itens que previu que capacitariam sua terapia: a proceder de forma mais eficiente.

Tendo observado uma pequena mudança em seu humor, o terapeuta pergunta sobre a explicação dela. Caso aplicável, ele sugere que o progresso positivo é um resultado de mudanças no comportamento ou pensamento do paciente em vez de meramente circunstâncias mudadas: “Então, você está melhor, mas não sabe por quê. Você percebeu alguma mudança no seu pensamento esta semana? Nas coisas que você fez?” Igualmente, ele busca a atribuição da paciente se seu humor piorou: “Por que você acha que está pior esta semana? Poderia ter tido algo a ver com os seus pensamentos ou com as coisas que você fez ou não fez?” Desse modo, o terapeuta sutilmente reforça o modelo cognitivo e sugere que o paciente tem algum controle sobre (e, portanto, responsabilidade pelo) seu progresso.

A breve verificação de humor e revisão da semana criam várias oportunidades para o terapeuta. Ele pode demonstrar essa preocupação em relação ao estado emocional do paciente na semana anterior. Ele e o paciente podem monitorar como o paciente esteve progredindo no transcorrer da terapia. Ele pode identificar (e pode então reforçar ou modificar) a explicação do paciente por seu progresso ou falta de progresso. Ele pode também reforçar o modelo cognitivo, a saber, o modo como o paciente está vendo as situações influenciou seu humor.

Ao revisar medições objetivas, o terapeuta se certifica de revisar itens individuais para procurar mudanças positivas ou negativas importantes (por exemplo, mudanças em ideação suicida ou desesperança). Ele poderia também pedir informações

adicionais não especificamente cobertas nos testes que poderiam ser relevantes para o seu problema atual (número de ataques de pânico para pacientes com transtorno de pânico, número de dias de abuso alimentar para pacientes bulímicos, classificação de 0 a 100 de raiva para pacientes com problemas de hostilidade e assim por diante).

Se o paciente está tomando medicação para suas dificuldades psicológicas, o terapeuta verifica brevemente anuência, problemas, efeitos colaterais ou perguntas. Se o terapeuta não é o médico que prescreveu tal medicação, ele primeiro obtém permissão do paciente e então periodicamente contata o médico para trocar informações e sugestões. Embora o terapeuta não recomende diretamente mudanças de medicação para o paciente, ele poderia ajudar o mesmo a responder a idéias que interferem com tomar ou reduzir a medicação (quando aplicável). Ele poderia também ajudar o paciente a formular e escrever perguntas específicas sobre efeitos colaterais, dosagem, medicações alternativas e assim por diante, a fim de tornar mais provável que o paciente busque essa informação do seu médico. Ele também sugere que, embora a medicação possa ser responsável *em parte* por ela se sentir melhor, os esforços do próprio paciente provavelmente também contribuíram para a sua melhora. Se o paciente não está tomando medicação, mas o terapeuta acredita que uma intervenção psicofarmacológica é indicada, ele sugere uma consulta médica ou psiquiátrica.

■ PONTE COM A SESSÃO ANTERIOR

O propósito desse item é fazer uma *breve* verificação da percepção e entendimento do paciente a respeito da sessão anterior. Saber que será indagado sobre a sessão anterior motiva o paciente a se preparar para a sessão atual pensando sobre a terapia durante a semana. Se o paciente não recorda as suas reações ou os pontos importantes da sessão anterior, o terapeuta e o paciente fazem a resolução de problemas para que o paciente possa lembrar melhor o conteúdo da sessão atual. O terapeuta pode sugerir, por exemplo, que o paciente utilize o Relatório de Ligação de Sessão (ver Figura 4.1) para se preparar para a sessão seguinte, mentalmente ou por escrito.

RELATÓRIO DE LIGAÇÃO DE SESSÃO

1. Sobre o que nós falamos na sessão anterior, o que foi importante? O que você aprendeu? (1 a 3 frases)
2. Houve algo que incomodou você na nossa última sessão? Qualquer coisa que você esteja relutante em dizer?
3. Como foi a sua semana? Como estava o seu humor, comparado a outras semanas? (1 a 3 frases)
4. Alguma coisa aconteceu nesta semana que seja importante discutir? (1 a 3 frases)
5. Que problemas você deseja colocar no roteiro? (1 a 3 frases)
6. Que tarefa de casa você fez/não fez? O que você aprendeu?

FIGURA 4.1. Roteiro de Ligação de Sessão. Adaptado com permissão de Thomas Ellis, Ph.D.

Questionar por quaisquer reações adicionais a sessão anterior pode trazer importante *feedback* que o paciente, anteriormente, não ofereceu. Se nenhum item parece requerer mais de um minuto ou dois de discussão, o terapeuta pode marcá-lo como um item do roteiro complementar. Essa ponte com a sessão anterior ajuda a socializar o paciente no processo terapêutico, instruindo-o de que é responsável por revisar o conteúdo de cada sessão e que deve contar ao terapeuta se ele se sentiu incomodado por qualquer coisa em relação ao terapeuta ou à sessão anterior.

T: A seguir, eu gostaria que nós fizéssemos uma ponte entre a última sessão e esta, o que é algo que nós faremos todas as sessões. Primeiro, o que você assimilou da última sessão? O que foi importante?

P: Bem... uma ou duas coisas. Eu acho que fiquei aliviada por encontrar você e ouvir sobre a psicoterapia cognitiva e saber que estou deprimida e não louca. A outra coisa foi que a forma como eu penso sobre algo afeta a forma como eu me sinto.

T: Bom. Agora, uma segunda pergunta: Houve qualquer coisa na última sessão que incomodou você?

P: Não. Eu acho que foi boa.

Se o paciente tivesse trazido à tona algo que o incomodou em relação à sessão anterior, o terapeuta poderia ter explorado isso com o paciente no momento ou sugerido que eles colocassem o problema no roteiro. Igualmente, se o paciente não lembrasse de nenhum conteúdo importante, o terapeuta poderia ter perguntado “Você lembra que nós falamos sobre a conexão entre pensamentos e sentimentos?” Ou ele poderia ter dito “E se nós colocássemos uma revisão do modelo cognitivo no roteiro?” Conforme mencionado anteriormente, ele poderia também ter indicado que o paciente precisa assumir responsabilidade, a partir de agora, para lembrar acerca de conteúdo importante, questionando: “O que eu poderia fazer nesta semana para que lembre do que nós falamos hoje?” Observe que uma razão principal para a falha do paciente em recordar o conteúdo da sessão é a falha do *terapeuta* de encorajar o paciente a escrever os pontos importantes durante a sessão.

■ ESTABELECENDO O ROTEIRO

Em geral, o terapeuta assume mais responsabilidade por estabelecer o roteiro durante as sessões iniciais e então gradualmente transfere a responsabilidade para o paciente. É importante para o paciente aprender habilidades de estabelecimento do roteiro para que ele possa continuar com autoterapia após o término (Capítulo 15).

T: Agora, nós deveríamos estabelecer o roteiro para hoje. Nós já mencionamos o seu exame, um problema com a sua colega de quarto e eu desejei falar

sobre a trajetória da melhora e um pouco mais sobre pensamentos automáticos. E, é claro, eu gostaria de revisar a nossa tarefa de casa. Alguma coisa mais?

P: Não, eu acho que não.

T: Este é um roteiro bastante ambicioso. Se nós ficarmos sem tempo, há algo que nós possamos adiar até a próxima semana? (*Ajudando o paciente a priorizar seus problemas.*)

P: Hmm... Eu acho que o problema com a minha colega de quarto. Eu provavelmente apenas deixarei passar.

T: Ok, nós o colocaremos por último na nossa lista e tentaremos chegar a ele, mas, se não der, nós falaremos sobre isso na próxima semana, se isso ainda for relevante.

Os pacientes com frequência precisam de um pouco de encorajamento inicialmente para sugerir itens do roteiro. Eles podem não estar claramente cientes do que os esteve incomodando e/ou eles podem estar inseguros do que é apropriado trazer à tona. O terapeuta socializa o paciente a trazer *problemas* nos quais ele precisa de ajuda para resolver. “Que problema ou problemas você deseja focalizar hoje?” “O que você deseja colocar no roteiro para obter ajuda hoje?” “Sobre o que nós deveríamos trabalhar hoje?” Se há excesso de itens no roteiro, o terapeuta e o paciente colaborativamente priorizam itens, especificam a quantidade de tempo a dispendem sobre cada um e adiam um ou mais itens para a semana seguinte, caso necessário.

É importante observar que o terapeuta não precisa sempre aderir ao roteiro. De fato, sob algumas circunstâncias, o terapeuta *não deveria* seguir o roteiro. Ao desviar do roteiro, no entanto, o terapeuta torna essa mudança *explícita* e obtém a concordância do paciente.

T: Sally, eu posso ver que você ainda está realmente preocupada com a sua prova, mas o nosso tempo está acabando. Você gostaria de passar o resto da sessão falando sobre isso e adiar os nossos outros itens do roteiro para a próxima semana? Ou nós poderíamos tentar dispendem apenas mais cinco minutos nele para que ainda tenhamos tempo para abordar o problema com a sua colega de quarto?

P: Eu acho que o problema com a minha colega poderia esperar até a próxima semana.

T: Ok, deixe-me marcá-lo nas minhas notas e voltemos ao exame.

O terapeuta poderia sugerir uma mudança em como eles dispendem seu tempo durante uma sessão por diversas razões. Por exemplo, como na transcrição anterior, o paciente está bastante aflito sobre um tópico em particular e precisa de mais tempo para discuti-lo. Ou um tópico novo surge como especialmente relevante. Ou o humor do paciente muda (para pior) durante a sessão. O terapeuta dirige o paciente para lon-

ge de tópicos periféricos que não estavam no roteiro original e que são pouco propensos a ajudar o paciente a progredir durante a sessão. Uma notável exceção ocorre quando o terapeuta de forma deliberada (embora usual e brevemente) engaja o paciente em uma conversa mais casual para alcançar uma meta específica. Por exemplo, o terapeuta poderia perguntar sobre um filme a que o paciente recém-assistiu, ou indagar sobre sua família ou perguntar sua opinião sobre eventos correntes, a fim de melhorar seu humor, facilitar sua aliança ou avaliar seu funcionamento cognitivo ou habilidades sociais.

■ REVISÃO DE TAREFA DE CASA

Estudos sugerem que os pacientes que fazem tarefa de casa regularmente apresentam maior melhora do que os pacientes que não fazem (Persons et al., 1988; Niemeyer & Feixas, 1990). Revisar a tarefa de casa em cada sessão reforça esse comportamento e comunica o valor do trabalho entre as sessões. Na nossa experiência, se a tarefa de casa não é revisada, o paciente começa a acreditar que isso *não é* importante e a anuência à tarefa de casa cai dramaticamente. Às vezes a revisão de tarefa de casa é relativamente breve; outras vezes, no entanto, ela poderia ocupar quase a sessão inteira, especialmente quando os tópicos que o paciente deseja discutir estão contidos na tarefa de casa. (A tarefa de casa é discutida com maior profundidade no Capítulo 14.) Aqui está como um terapeuta poderia idealmente revisar a tarefa de casa:

T: A seguir, no roteiro, está a tarefa de casa. O que você fez?

P: Bem, eu li o folheto que você me deu.

T: Você o trouxe? Você poderia pegá-lo e me dizer o que aprendeu e o que considerou importante? (*Terapeuta e paciente passam alguns minutos discutindo isso.*) Alguma coisa mais que você tenha dúvida? Alguma outra coisa que não esteja clara ou que você pensou que não se aplica a você?

P: Não, acho que isso é tudo. Foi útil.

T: Bom. Agora, uma outra tarefa de casa foi tentar distinguir seus pensamentos automáticos quando você percebeu seu humor mudando.

P: Eu tentei, mas não acho que eu sempre saiba o que estou pensando.

T: Isso está ok. Bem, nós continuaremos a falar sobre pensamentos automáticos em cada sessão até o fim da terapia. Para tarefa de casa esta semana, você foi capaz de identificar *qualquer* pensamento automático quando o seu humor mudou?

P: Sim, eu acho que sim, mas eu não os escrevi.

T: Qual foi a situação?

P: Eu estava sentada na aula e subitamente me senti realmente ansiosa.

T: O que estava passando pela sua cabeça?

P: Eu estava pensando que a data da prova está chegando e que não conseguiria preparar-me para ela.

T: Bom. Deixe-me anotá-los. Nós podemos voltar a esses pensamentos em alguns minutos, quando falarmos sobre a prova?

P: Ok.

T: Quaisquer outros pensamentos automáticos de que você esteja ciente esta semana?

P: Não realmente.

T: Ok. Vamos passar para as suas outras tarefas de casa. Você acrescentou alguma coisa a sua lista de metas?

P: Não. Eu a examinei, mas não consegui pensar em mais nada.

T: Está bem. Mantenha a sua cópia e se você de fato pensar em algo mais que você gostaria de acrescentar, deixe-me saber. Como foi você lembrar a si mesma de que é difícil fazer as coisas porque você está deprimida, não com preguiça?

P: Muito bem. Eu me peguei nisso algumas vezes.

O terapeuta pretende revisar todas as tarefas de casa durante a sessão, então ele marca os pensamentos automáticos sobre o exame como um tópico para abordar mais adiante na sessão. O terapeuta não tem que revisar toda a tarefa de casa separadamente do resto dos itens do roteiro. De fato, muitos terapeutas experientes integram a revisão de tarefa de casa em uma discussão dos tópicos do roteiro. O terapeuta iniciante, no entanto, precisa de uma idéia clara de onde, na sessão, ele está e o que ainda precisa ser feito. É mais fácil aderir à estrutura explicada e marcar itens a serem discutidos posteriormente. Teria sido fácil para esse terapeuta, por exemplo, desviar-se para uma discussão do exame e falhar em revisar o resto da tarefa de casa do paciente.

■ DISCUSSÃO DOS TÓPICOS DO ROTEIRO, ESTABELECIMENTO DE UMA NOVA TAREFA DE CASA E RESUMOS PERIÓDICOS

Na maior parte do tempo, o terapeuta pergunta ao paciente com que item do roteiro ele deseja começar. Fazer isso permite ao paciente a oportunidade de ser mais ativo e assertivo, permitindo-lhe assumir mais responsabilidade. Às vezes, o terapeuta assume a liderança sugerindo um item do roteiro para começar, especialmente quando ele julga que a seleção de um item do roteiro *particular* resultará em maior progresso durante a sessão (“Está ok para você se nós começarmos com o problema de encontrar um trabalho de meio expediente?”).

O terapeuta intercala suas próprias metas conforme apropriado, seja qual for o tópico sob discussão. Nessa segunda sessão, o terapeuta busca não apenas ajudar Sally a resolver seus problemas, mas também a (1) relacionar o tópico às metas de terapia de Sally, (2) reforçar o modelo cognitivo, (3) continuar ensinando Sally a identificar seus pensamentos automáticos, (4) prover algum alívio de sintomas ajudando Sally

a responder aos seus pensamentos ansiosos e (5), como sempre, construir e manter *rapport* através de entendimento preciso.

Item de Agenda Nº 1

T: Ok, examinemos o roteiro. Por onde você acha que nós deveríamos começar? Nós poderíamos pegar uma meta sobre a qual trabalhar, falar sobre o seu exame ou falar sobre a trajetória da melhora.

P: Pela minha prova, eu acho, estou realmente preocupada com isso.

T: Em realidade, isso se encaixa em duas das suas metas de terapia, não é? Melhorar suas notas e reduzir sua ansiedade em relação à universidade.

P: É.

T: Ok, você pode me dar uma visão geral do que aconteceu esta semana? Quanto você estudou? O que aconteceu com a sua concentração?

P: Bem, eu quis estudar o tempo todo. Mas, cada vez que eu me sentei, simplesmente fiquei muito nervosa. Às vezes, eu não percebia que a minha mente tinha viajado e tinha que ficar relendo as mesmas páginas.

T: Quando é a sua prova e quantos capítulos ela cobre? (*Obtendo mais dados para que ele possa ajudar com resolução de problemas e identificar distorções possíveis em seu pensamento.*)

P: É daqui a duas semanas e eu acho que ela abrange os primeiros cinco capítulos.

T: E quantos você leu pelo menos uma vez?

P: Uns três capítulos.

T: E há ainda algumas coisas nos primeiros três capítulos que você não entende?

P: Muitas coisas.

T: Ok. Então, resumidamente, você tem uma prova em duas semanas e está preocupada, pois acha que não entenderá o material suficientemente bem?

P: Certo.

Nesta parte, o terapeuta apenas busca uma visão geral ampla do problema. Ele sutilmente modela para o paciente como expressar esse problema “resumidamente”. A seguir, ele tentará fazer com que a paciente identifique seus pensamentos automáticos fazendo-a lembrar de uma situação *específica*.

T: Você é capaz de lembrar de um momento, nesta semana, quando você pensou sobre estudar ou tentou estudar e a ansiedade ficou realmente forte?

P: Consigo... Ontem à noite.

T: Que horas eram? Onde você estava?

P: Eram mais ou menos 7h30min. Eu estava caminhando para a biblioteca.

T: Você consegue imaginar isso na sua cabeça agora? São 7h30min, você está caminhando para a biblioteca... O que passa pela sua cabeça?

P: E se eu não passar na prova? E se eu repetir a cadeira? Como eu poderei terminar o semestre?

T: Ok, então você foi capaz de identificar seus pensamentos automáticos. E como esses pensamentos a fizeram sentir-se? Ansiosa?

P: Muito.

T: Você parou e disse para si mesma... E se eu passar na prova? Talvez eu passe na matéria. Talvez eu termine bem o semestre? *(Utilizando o problema para reforçar o modelo cognitivo antes de fazer resolução de problema.)*

P: Não.

T: E o que você supõe que teria acontecido com o seu humor se você tivesse dito isso?

P: Se eu tivesse acreditado, eu estaria melhor.

T: Deixe-me contar-lhe um pouco mais sobre esses pensamentos automáticos. Nós os chamamos de automáticos porque eles parecem simplesmente saltar de repente na sua cabeça. Na maior parte do tempo, você provavelmente não está sequer ciente deles; você está provavelmente muito mais ciente da ansiedade ou tristeza que eles produzem. E mesmo que você *esteja* ciente deles, você provavelmente não pensa em avaliar quão corretos eles são. Você apenas os aceita como verdadeiros. O que você aprenderá a fazer aqui na terapia primeiro é identificá-los e então julgar por si mesma se eles são completamente corretos ou se há alguma distorção neles. Então, agora examinemos juntos o primeiro pensamento. Que evidências você tem de que não passará na prova? *(Iniciando o processo de avaliar o pensamento automático.)*

P: Bem, eu não entendo tudo.

T: Alguma coisa mais?

P: Não... Apenas que eu estou ficando sem tempo.

T: Ok. Qualquer evidência de que você poderia *não* ir mal?

P: Bem, eu fui bem no primeiro teste surpresa.

T: Alguma coisa mais?

P: Eu de fato entendo os dois primeiros capítulos melhor que o terceiro. Com o terceiro é que eu estou *realmente* tendo problemas.

T: O que você poderia fazer para aprender melhor o terceiro capítulo? *(Iniciando a resolução de problemas, fazendo o paciente assumir a liderança.)*

P: Eu poderia lê-lo de novo. Eu poderia revisar as minhas anotações de aula.

T: Alguma outra coisa?

P: *(Hesita.)* Eu não consigo pensar em nada.

T: Alguém mais a quem você poderia pedir ajuda?

P: Bem, eu suponho que poderia perguntar para o professor assistente. Ou talvez, um sujeito no andar de baixo que fez esse curso no semestre passado.

T: Isso soa bem. *Agora*, o que você pensa da sua previsão de que você poderia não passar?

P: Eu acho que de fato sei um pouco da matéria. Talvez eu *pudesse* conseguir ajuda para o resto.

T: E como você se sente agora?

P: Um pouco menos preocupada, eu acho.

T: Ok, resumindo, você teve muitos pensamentos automáticos esta semana que a fizeram se sentir ansiosa. Mas quando você pára para avaliar esses pensamentos racionalmente, parece provável que há algumas coisas que você *pode* fazer para passar. Quando você realmente examina as evidências e responde aos pensamentos, você se sente melhor... Você concorda?

P: É, é verdade.

T: Para tarefa de casa esta semana eu gostaria que você examinasse esses pensamentos automáticos de novo, quando você perceber o seu humor mudando. Esses pensamentos podem ter um grão de verdade, mas freqüentemente eles serão distorcidos de algum modo. Na semana que vem, nós procuraremos evidências juntos para verificar se os pensamentos que você escreve para tarefa de casa são completamente precisos ou não. Ok?

P: Ok.

T: Agora, identificar e avaliar pensamentos é uma habilidade para você aprender, é como aprender a dirigir ou digitar. Você pode não ser muito boa nisso a princípio, mas com prática você ficará cada vez melhor. E eu estarei ensinando a você mais sobre isso em sessões futuras. Veja o que você pode fazer esta semana apenas para identificar alguns pensamentos, mas não espere que você seja muito boa nisso ainda. Ok?

P: Certo.

T: Só mais uma palavrinha sobre isso. Quando você escrever alguns pensamentos esta semana, lembre-se de que os pensamentos *podem ou não ser verdadeiros*. De outro modo, escrevê-los antes que você tenha aprendido a avaliá-los poderia fazê-la sentir-se um pouco pior.

P: Ok.

T: É melhor nós anotarmos um pouco disso agora. (*O terapeuta repete a tarefa e o paciente anota.*) E enquanto nós estamos nisso, vejamos se há alguma tarefa de casa da última semana que você deseja continuar fazendo esta semana. E você poderia desejar acrescentar um plano de estudo para o seu exame. (Ver Figura 4.2)

1. Quando eu percebo meu humor mudando, eu pergunto a mim mesmo "O que está passando pela minha cabeça neste momento?" e anoto os meus pensamentos automáticos (que podem ou não ser completamente verdadeiros). Tente fazer isso pelo menos uma vez por dia.
2. Se eu não posso distinguir meus pensamentos automáticos, anoto apenas a situação. Lembrar que aprender a identificar o meu pensamento é uma habilidade na qual eu melhorarei, assim como digitar.

3. Pedir ajuda para Ron com o Capítulo 5 do livro de economia.
4. Ler as notas de terapia.
5. Continuar a correr/nadar. Planejar três atividades com Jane (colega de quarto).

FIGURA 4.2. Tarefa de casa de Sally (Sessão 2).

Nesta sessão, o terapeuta realiza muitas coisas de uma só vez. Ele aborda um tópico do roteiro que é de interesse para o paciente; liga o tópico às suas metas de terapia; ele ensina mais sobre pensamentos automáticos; ele a ajuda a identificar, avaliar e responder a um pensamento afliitivo específico; facilita alívio de sintomas reduzindo a ansiedade do paciente, estabelece uma tarefa de casa e adverte o paciente a ter expectativas realistas sobre aprender a nova habilidade. Os Capítulos 6 e 8 descrevem em maiores detalhes o processo de ensinar pacientes a identificar e avaliar seus pensamentos automáticos.

Item do Roteiro N° 2

Na sessão seguinte, o terapeuta dá ao paciente alguma informação sobre a trajetória da melhora. Tendo recém-terminado um segmento da sessão, ele brevemente a resume primeiro:

T: Ok, nós recém-terminamos de falar sobre a sua prova do bimestre e como os seus pensamentos automáticos realmente a fizeram sentir-se nervosa e interferiram na resolução de problemas. A seguir, eu gostaria de falar sobre a trajetória da melhora, se você concordar.

P: Claro.

T: Eu estou contente que você esteja um pouquinho menos deprimida hoje e espero que você continue a se sentir melhor. Mas provavelmente você não se sentirá apenas um pouquinho melhor a cada semana até que você esteja de volta ao seu antigo eu. Você deve esperar ter os seus altos e baixos. Agora, eu estou contando isso a você por uma razão. Você pode imaginar o que poderia pensar se você esperasse continuar melhor e um dia você se sentisse muito pior?

P: Eu provavelmente pensaria que eu jamais melhoraria.

T: Certo. Então, eu quero que você lembre que nós previmos um possível retrocesso e que tal ocorrência é uma parte normal da melhora. Você deseja escrever algo sobre isso?

Ver Capítulo 15 para uma discussão mais extensa sobre prevenção de recaída e uma representação ilustrativa da trajetória normal da terapia.

Resumos Periódicos

O terapeuta faz dois tipos de resumo ao longo da sessão. O primeiro tipo é um breve sumário ao término de uma parte de uma sessão, para que tanto o terapeuta como o paciente tenham um entendimento claro do que eles acabaram de fazer e do que eles farão a seguir.

T: Ok, então nós terminamos de falar sobre o problema de você encontrar tempo e motivação para começar a correr de novo, concordamos que você tentaria correr duas vezes esta semana como experiência. A seguir, está bom para você se nós voltarmos para a tarefa de casa que você fez na semana passada, tentando detectar seus pensamentos automáticos?

Um segundo tipo de resumo é o do conteúdo do que o paciente apresentou. Aqui o terapeuta resume brevemente a essência das declarações do paciente, mas tenta usar suas palavras específicas. Com frequência o paciente descreve um problema com muitos detalhes. O terapeuta resume para assegurar-se de que ele identificou corretamente o que é mais problemático para o paciente e para apresentá-lo de uma forma que seja mais concisa e mais clara para ambos, sutilmente demonstrando o modelo cognitivo novamente. Ele utiliza as próprias palavras do paciente tanto quanto possível, tanto para transmitir um entendimento preciso como para manter a dificuldade em questão ativada em seu raciocínio.

T: Deixe-me certificar-me de que eu entendi. Você estava considerando encontrar um emprego de meio período novamente, mas então você pensou “Eu jamais serei capaz de dar conta dele”, e o pensamento a tornou tão triste que você dobrou o jornal, voltou para a cama e chorou por meia hora. Isso está certo?

Se o terapeuta tivesse rephraseado as idéias do paciente e falhado em usar suas próprias palavras (“Soa como se você não estivesse segura de poder desempenhar bem uma função, caso conseguisse um emprego de meio período”), ele poderia ter tornado o pensamento automático e a emoção menos intensos e a avaliação subsequente do pensamento poderia ter sido menos efetiva. Resumos que substituem as palavras do *terapeuta* podem também levar o paciente a acreditar que ele não foi corretamente entendido.

P: Não, não pensei em não ir bem; estou com medo de não ser capaz de dar conta dele *de forma alguma*.

■ RESUMO FINAL E *FEEDBACK*

Em contraste com o supracitado, o terapeuta *abstém-se* de ativar pensamentos negativos aflitivos para o paciente no *resumo final*. Aqui ele visa tornar claro para o paciente os pontos mais importantes cobertos durante a sessão de um modo otimista. Porque essa é uma sessão inicial, o próprio terapeuta faz o resumo. A medida que o paciente progredir na terapia, ele poderá assumir essa tarefa. A tarefa de resumir é muito mais fácil de ser realizada se, durante a sessão, o paciente fez boas anotações, cobrindo os pontos mais importantes. A transcrição a seguir é um exemplo direto de fazer um resumo final e obter o *feedback* do paciente.

T: Bem, nós temos apenas alguns minutos restando. Deixe-me resumir o que nós vimos hoje, e então eu perguntarei a você sobre sua reação à sessão.

P: Ok.

T: Parece que você teve mais pensamentos esperançosos nesta semana e então você se sentiu menos deprimida. Sua ansiedade aumentou, no entanto, porque você fez algumas previsões negativas sobre o seu exame. Contudo, quando nós examinamos as evidências de que você falhará, isso parece não-convicente. E você lembrou de várias boas estratégias para ajudar no seu estudo, algumas das quais você experimentará entre hoje e a nossa próxima sessão. Nós também discutimos o que você deveria relembrar se tiver uma recaída. Finalmente, falamos sobre identificar e avaliar seus pensamentos automáticos, o que é uma habilidade que nós continuaremos praticando em terapia. Isso inclui tudo aproximadamente?

P: Sim.

T: Alguma coisa que eu disse hoje incomodou você? Alguma coisa que você pensou que eu entendi errado?

P: Eu estou um pouquinho preocupada com uma possível recaída.

T: Bem, uma recaída é provável e se você de fato verificar que está sentindo-se significativamente pior antes da nossa próxima sessão, gostaria que você me chamasse. Por outro lado, é bem possível que você tenha uma outra semana melhor.

P: Eu espero que sim.

T: Nós deveríamos colocar o tópico “recaídas” no roteiro para a próxima semana?

P: Sim, eu acho que sim.

T: Ok, algo mais incomoda você ou sobressai na sessão de hoje?

P: Não, exceto que, antes, eu não resolvi claramente o que eu poderia fazer para ajudar no meu estudo.

T: Talvez nós falemos mais sobre isto na próxima semana: Que idéias a prejudicaram para fazer uma boa resolução de problemas por conta própria. Ok? Então nos vemos na semana que vem.

Se o terapeuta percebe que o paciente não expressou plenamente seu *feedback* sobre a sessão ou se ele julga que o paciente pode sair da sessão sem reflexão adequada sobre o que aprendeu, pode pedir-lhe para preencher um Relato de Terapia (ver Figura 3.3), mentalmente ou por escrito.

■ DA SESSÃO TRÊS EM DIANTE

As sessões de terapia subseqüentes à segunda sessão mantêm o mesmo formato. O conteúdo varia de acordo com os problemas e metas do paciente e com as metas do terapeuta. Nessa seção, o fluxo da terapia entre as sessões será delineado. Uma descrição mais detalhada do plano de tratamento pode ser encontrada no Capítulo 16.

Conforme mencionado anteriormente, o terapeuta inicialmente assume a liderança em sugerir itens do roteiro, ajudar o paciente a identificar e modificar pensamentos automáticos, projetar tarefas de casa e resumir a sessão. À medida que a terapia progride, há uma mudança gradual de responsabilidade. Por volta do final da terapia, o próprio paciente sugere a maior parte dos tópicos do roteiro, utiliza ferramentas, como um registro (ver Capítulo 9) para avaliar seu pensamento, projeta suas próprias tarefas de casa e resume a sessão de terapia.

Outra mudança gradual é de uma ênfase sobre pensamentos automáticos para um foco tanto sobre pensamentos automáticos como sobre crenças subjacentes (ver Capítulos 10 e 11). Também haverá mudanças na ênfase relativa sobre mudanças de comportamento, embora de uma forma menos previsível. Os pacientes deprimidos são encorajados desde o início a agendar atividades e tornar-se mais ativos (ver Capítulo 12). (Um paciente severamente deprimido pode ser incapaz de concentrar-se em tarefas cognitivas, e o terapeuta focaliza em ativá-lo comportamentalmente até que sua depressão ceda o suficiente para permitir que ele realize trabalho cognitivo.) O terapeuta retorna a uma ênfase sobre mudança comportamental, a fim de fazer com que o paciente teste determinados pensamentos ou crenças ou pratique habilidades novas, como assertividade (ver Capítulo 12). À medida que a terapia chega à fase final, há ainda uma outra mudança: preparar o paciente para terminação e prevenção da recaída (ver Capítulo 15).

O terapeuta mantém em mente o estágio da terapia como quando planejando uma sessão individual. Conforme mencionado no Capítulo 2, ele continua a usar sua conceituação do paciente para orientar a terapia. O terapeuta anota itens do roteiro sobre a folha de Anotações de Terapia (ver Figura 4.3) antes de uma sessão e está preparado para eliminar seus itens, caso necessário. A medida que o paciente relata sobre seu humor, revisa brevemente a semana e especifica tópicos do roteiro, o terapeuta mentalmente formula uma meta ou metas específicas para a sessão. Por exemplo, na sessão três, as metas do terapeuta são começar a ensinar Sally de uma forma estruturada a avaliar seus pensamentos automáticos e a continuar a agendar atividades prazerosas. Na sessão quatro, ele visa ajudá-la a fazer alguma resolução

de problemas para encontrar um emprego de meio período e continuar a responder a seus pensamentos disfuncionais. Ele continuamente busca integrar suas metas com os itens de agenda de Sally. Desse modo, ele ensina à paciente a resolução de problemas e habilidades de reestruturação cognitiva no contexto das situações que ela traz à terapia. Essa combinação de resolver problemas e ajudar pacientes a responder aos seus próprios pensamentos geralmente permite ao terapeuta e ao paciente tempo suficiente para discutir em profundidade apenas uma ou duas situações problemáticas da agenda durante uma determinada sessão de terapia.

Visando refinar essa conceituação, monitorar o que está sendo coberto em uma sessão de terapia e planejar sessões futuras, o terapeuta toma notas durante a sessão (ver Figura 4.3) e também mantém uma cópia das notas que o paciente faz. É útil para o terapeuta anotar os problemas discutidos, pensamentos disfuncionais e crenças (escritos textualmente) e o grau no qual o paciente inicialmente acreditava neles, as intervenções feitas na sessão, o sucesso relativo dessas intervenções, os novos pensamentos e crenças reestruturados e o grau de credibilidade neles, a tarefa de casa designada e os tópicos para os roteiros de sessões subseqüentes. Mesmo terapeutas experientes têm dificuldade em lembrar de todos esses itens importantes sem tomar notas.

Este capítulo delineou a estrutura e o formato de uma sessão de terapia inicial típica e descreveu brevemente a terapia entre sessões. O próximo capítulo discute problemas em seguir o formato prescrito, enquanto o Capítulo 16 descreve em detalhes como planejar tratamento antes de sessões individuais, dentro das sessões e entre as sessões.

NOTAS DE TERAPIA

Nome do paciente: *Sally*

Data: *15/3*

Sessão nº: *7*

Escore objetivos: *Beck Depression Inventory = 18, Beck Anxiety Inventory = 7,*
Hopelessness Scale = 9

Roteiro do paciente: *Problemas com trabalho de inglês*

Objetivos do Terapeuta: *Continuar a modificar o pensamento perfeccionista.*
Reduzir ansiedade e evitar ausência em aula.

Pontos importantes da sessão:

1. Sentindo-se menos deprimida e ansiosa esta semana.

2. (Situação/problema) (Pensamento Automático) (Emoção)
Trabalho de inglês p/amanhã → Não está bom o suficiente → Ansiosa
Intervenção: Registro de Pensamento Disfuncional - anexo
↓
Resultado: Ansiedade (reduzida)
3. Crença antiga: Se eu não tiro um A, significa que eu não tenho o que é necessário para ser um sucesso.
90% (força da crença)
Intervenção: Pedir conselho para Donna (amiga)
Resultado: 80% (reclassificação da força da crença)
Intervenção 2: Role-play racional-emocional
Resultado: 60% (reclassificação da força da crença)
Nova crença: Eu não preciso tirar A em tudo para ser bem-sucedida agora ou no futuro.
80%
4. Cartão de enfrentamento para fazer perguntas após a aula (anexo).
Tarefa de casa:
(se o paciente escreveu tarefa de casa em papel carbono, apenas anexá-la sem reescrever aqui)
RPD e lista de créditos.
Ler notas de terapia e pensar sobre crenças antigas e novas sobre sucesso.
Ler cartões de enfrentamento três vezes por dia e conforme necessário; então fazer uma ou duas perguntas após a aula.
Passar mais uma hora revisando trabalho de inglês.
- Sessão seguinte ou sessões futuras:**
Ver como o perfeccionismo afeta outras partes da vida.

Figura 4.3. Notas de terapia.

5

PROBLEMAS NA ESTRUTURAÇÃO DA SESSÃO TERAPÊUTICA

Problemas invariavelmente surgem em estruturar as sessões. Quando o terapeuta se torna ciente de um problema, ele primeiro o especifica, então conceitua por que o problema surgiu e finalmente projeta uma solução que não perturbe a aliança terapêutica.

Uma dificuldade comum em manter a estrutura prescrita é a falha do terapeuta em socializar o paciente de modo adequado. O terapeuta pode simplesmente precisar aguçar suas habilidades de socialização ou ele pode precisar avaliar e testar seus próprios pensamentos automáticos sobre estruturação.

É importante o terapeuta estar alerta de que um paciente iniciante em terapia cognitiva desconhece o funcionamento de cada sessão. Dessa forma, o terapeuta deve aconselhá-lo a relatar sobre como foi sua semana, descrever seu humor e estabelecer o roteiro de uma maneira sucinta. O paciente não sabe que precisará resumir a sessão, fornecer *feedback*, lembrar do conteúdo da sessão e fazer as tarefas de casa diariamente de forma consistente. Ademais, o terapeuta cognitivo essencialmente ensina o paciente não apenas determinadas habilidades, mas também um novo modo de relacionar-se com esse profissional (para aqueles que estiveram em um outro tipo de terapia) ou um novo modo de relacionar-se com suas dificuldades. Isso possibilita ao paciente adotar uma orientação de resolução de problemas mais objetiva.

Portanto, o terapeuta deve freqüente e repetidamente descrever, prover um embasamento lógico e monitorar com *feedback* corretivo e gentil cada um dos elementos da sessão. A falha em atingir esse objetivo usualmente resulta em informações menos úteis fornecidas pelo paciente e em ineficiência na sessão.

Uma segunda dificuldade comum envolve a indisposição do paciente a adaptar-se à estrutura prescrita devido às suas percepções e crenças disfuncionais sobre si mesmo, o terapeuta e/ou a terapia. Nesse caso, o terapeuta conceitua por que o problema surgiu e planeja uma solução. Em um extremo, ele pode reconhecer o desconforto do paciente, porém encorajá-lo a anuir a título de experiência. No outro extremo, ele pode permitir que o paciente, de início, domine e controle o fluxo da sessão. Com a maioria dos pacientes, no entanto, o terapeuta negocia um acordo sa-

tisfatório para ambos e procura, ao longo do tempo, mobilizar o paciente em direção à estrutura padrão.

Como o terapeuta determina se a dificuldade de adesão à estrutura de sessão é devido a uma falha de socialização ou a uma relutância em anuir? Ele, primeiro, intervém complementarmente, socializando o paciente ao modelo da terapia cognitiva e monitorando suas respostas verbais e não-verbais. Se é simplesmente um problema de socialização, a resposta do paciente é bastante neutra (ou talvez levemente auto-crítica) e a anuência subsequente é boa. Se o paciente reage de forma negativa, ele indubitavelmente percebeu a solicitação do terapeuta, devendo este obter e explorar sua reação.

Uma terceira dificuldade comum em manter a estrutura da sessão surge porque o terapeuta impôs a estrutura de uma forma demasiado controladora ou exigente. O terapeuta diagnostica esse problema através da revisão de uma fita (áudio ou vídeo) da sessão e o retifica na sessão seguinte: “Eu acho que exagerei um pouco na semana passada. Desculpe, de fato quero certificar-me de que você concorda com a maneira como a sessão transcorre.”

Problemas típicos com cada estágio da sessão de terapia, excluindo erros significativos por parte do terapeuta, são apresentados a seguir.

■ BREVE ATUALIZAÇÃO

Uma dificuldade comum é o paciente iniciar a sessão com um relato demasiado detalhado ou divagações não-focalizadas sobre sua semana. Após várias sentenças, o terapeuta gentilmente intervém, destacando a importância de focalizar os problemas específicos na terapia.

TERAPEUTA: Deixe-me interrompê-la por um momento. É importante para mim entender o quadro geral da sua semana e obter detalhes posteriormente na sessão. No momento, você poderia apenas me contar sobre a sua semana em duas, três ou quatro frases? Ela foi, de modo geral, uma semana boa? Uma semana ruim? Ou ela teve altos e baixos? Que coisas importantes aconteceram?

Se o paciente continua a oferecer detalhes em vez do quadro mais amplo, o terapeuta poderá demonstrar o que ele está procurando.

T: Parece-me que você estava dizendo: “Eu tive uma semana bastante dura. Eu tive uma briga com uma amiga e fiquei realmente ansiosa em ir para a rua e tive problemas em me concentrar no trabalho.” Este é o quadro geral sobre o qual eu estava falando, que me ajuda a ter uma noção do que é realmente importante colocar no roteiro e descobrir mais sobre isso adiante. Está mais

claro para você agora o que eu estou buscando quando você me dá uma atualização no começo da sessão? Fazer isso está ok para você?

O terapeuta poderia sugerir, logo após, na sessão, que o paciente mentalmente prepare uma revisão ampla de sua semana em apenas algumas sentenças, antes da sessão seguinte.

Alguns pacientes de fato entendem e são capazes de prover uma revisão concisa, mas não *optam* por fazer isso. Se o terapeuta percebe que questionar o paciente sobre sua relutância em concordar poderia prejudicar sua aliança com este, ele pode, no início, permitir que o paciente controle a parte de atualização da sessão. (Tais dados poderiam incluir as reações verbais e/ou não-verbais do paciente a tentativas anteriores do terapeuta em estruturar suas declarações diretas de fortes preferências no processo terapêutico ou seus relatos de uma forte reação no passado, quando o paciente identificou outros como controladores ou dominadores.)

No entanto, reações extremas à estruturação não são comuns. O terapeuta pode usual e calmamente explorar razões para a relutância do paciente e então resolver problemas com ele. Após pedir ao paciente que revise sua semana mais concisamente e observar uma mudança negativa em afeto, o terapeuta poderia perguntar: “Quando eu recém-pedi a você para me dar o quadro geral, o que passou pela sua cabeça?” Tendo identificado os pensamentos automáticos do paciente, o terapeuta poderia então (1) ajudá-lo a avaliar a validade dos pensamentos, (2) usar a técnica da flecha descendente (ver p.155-156) para descobrir o sentido dos pensamentos e/ou (3) fazer uma declaração empática e passar direto para a resolução de problemas, como a seguir:

T: Desculpe se você sentiu que eu a interrompi de novo. Eu posso ver que você tem muitas coisas na sua cabeça e eu *gostaria* de ouvir isso. Você gostaria de continuar com a atualização agora ou nós deveríamos colocar “atualização da semana” no roteiro e dedicar um bom pedaço de tempo a isso depois que nós tivermos verificado o seu humor e decidido que outros tópicos você também gostaria de colocar no roteiro?

Essa escolha posterior é usualmente melhor do que ajudar o paciente a avaliar seus pensamentos em um momento em que ele está particularmente aborrecido. Expressando essa preocupação e disposição em formar acordos, o terapeuta com frequência modifica a percepção do paciente (precisa ou não) de que ele está sendo demasiado controlador.

■ CHECAGEM DE HUMOR

Problemas comuns envolvem a falha do paciente em preencher formulários, bem como se aborrecer com eles ou mesmo apresentar dificuldade em expressar

subjetivamente (em uma forma concisa) seu humor geral durante a semana. Se a dificuldade é simplesmente socialização deficiente relacionada a preenchimento de formulários, o terapeuta pergunta ao paciente se ele lembra e concorda com o embasamento lógico para preenchê-los e determina se há uma dificuldade prática que precisa ser resolvida (por exemplo, tempo insuficiente, esquecimento ou problemas com alfabetização).

Se o paciente fica aborrecido com a solicitação (de preencher os formulários), o terapeuta pode perguntar por seus pensamentos automáticos quando pensando sobre ou realmente preenchendo-os. Se seus pensamentos automáticos não são facilmente acessíveis, ele questiona o significado da situação para o paciente: “O que *significa* para você ser solicitado a preencher estes formulários?” O terapeuta pode empaticamente responder à preocupação do paciente, ajudá-lo a avaliar pensamentos e crenças relevantes e/ou fazer resolução de problemas. Essas respostas estão supridas nos próximos três exemplos.

PACIENTE: Estes formulários são uma perda de tempo. Metade das perguntas são irrelevantes.

T: Sim, eu entendo que os formulários *parecem* ser uma perda de tempo para você porque nem todas as questões se aplicam. No entanto, eles de fato economizam muito tempo na sessão porque posso olhar para eles rapidamente e obter o quadro geral e não incomodar você com dezenas de perguntas. Você estaria disposto a preenchê-los de novo na semana que vem? E se ainda o incomodarem, nós poderemos falar mais sobre eles?

No exemplo seguinte, o paciente expressa claramente seu aborrecimento por intermédio de palavras significativas, tom de voz e linguagem corporal.

P: Estes formulários são uma perda de tempo. Metade das perguntas são irrelevantes.

T: O que significa para você ser solicitada a preencher estes formulários?

P: Eu sou ocupada. Eu tenho muitas coisas para fazer. Se minha vida se encher de tarefas sem sentido, eu jamais conseguirei fazer nada.

T: Eu posso ver que você se sente bastante irritada. Quanto tempo você leva para preencher estes formulários?

P: ... Sei lá. Dez minutos, talvez.

T: Eu sei que você vê os formulários como irrelevantes, mas eles realmente nos poupam tempo na sessão de terapia porque eu não preciso fazer muitas perguntas a você. Nós poderíamos tentar resolver problemas e ver onde você poderia encaixar os dez minutos por semana que necessita para preenchê-los?

P: Isso não é grande coisa. Eu os farei. Eu acho que apenas tenho que me certificar de sair do trabalho um pouquinho mais cedo da próxima vez.

Aqui o terapeuta faz o paciente identificar o significado da situação. O paciente catastrofiza sobre o tempo que leva até que o terapeuta o ajuda a ver quão breves são os formulários em realidade. O terapeuta não avalia *diretamente* a precisão das idéias do paciente aqui porque este está aborrecido e ainda percebe que o paciente interpretará tal questionamento de uma forma negativa.

Em um terceiro caso, o terapeuta poderá julgar que persuasão adicional para preencher os formulários afetará negativamente uma aliança terapêutica tênue.

P: (Em uma voz raivosa.) Eu odeio estes formulários. Eles não se aplicam a mim. Eu sei que você quer que eu os preencha, mas eu estou dizendo a você, eles são inúteis.

T: Eu estou disposto a concordar que você os omita ou os preencha apenas de vez em quando. No entanto, eu *gostaria* de obter alguma idéia clara de como você esteve durante a semana. Você estaria disposto a me contar verbalmente quão raivoso, triste e ansioso você se sentiu em uma escala de 0 a 100?

Um problema diferente envolve a dificuldade do paciente em expressar subjetivamente o seu humor, porque ele não faz isso concisamente ou porque tem dificuldade para rotular seus humores. O terapeuta poderia gentilmente interromper o paciente e fazer perguntas específicas ou demonstrar ao paciente como responder.

T: Posso interromper por um momento? Você pode dizer para mim em apenas uma sentença como o seu humor esteve esta semana em comparação com a semana passada? Eu *realmente* desejo ouvir mais sobre o problema com o seu irmão dentro de alguns minutos, mas primeiro eu apenas preciso saber se de modo geral você se sentiu melhor, pior ou igual em comparação à semana passada.

P: Um pouquinho pior, eu acho.

T: Mais ansiosa? Mais triste? Mais raivosa?

P: Talvez um pouquinho mais ansiosa. Aproximadamente igual em tristeza. Na verdade, não raivosa.

Se o paciente tem dificuldades em rotular seu humor, o terapeuta poderia responder de forma diferente:

T: Parece que é difícil identificar como você esteve. Talvez nós devêssemos colocar no roteiro “identificar sentimentos”.

Durante a sessão, o terapeuta poderia usar as técnicas descritas no Capítulo 7 para ensinar o paciente a especificar seu humor.

■ PONTE COM A SESSÃO ANTERIOR

Os problemas que surgem aqui usualmente envolvem a dificuldade do paciente de lembrar conteúdo de sessão ou sua relutância em expressar um *feedback* negativo ao terapeuta. Uma solução é pedir que o paciente preencha um Relatório de Ligação de Sessão (ver Capítulo 4, Figura 4.1) antes de cada sessão. Observe, no entanto, que a dificuldade em relatar os pontos mais importantes da sessão anterior é mais frequentemente devido à negligência do terapeuta em encorajar o paciente a escrever esses pontos durante a sessão em si ou à falha do paciente em fazer até o fim uma tarefa de casa: ler suas notas diariamente.

A dificuldade em fazer o paciente expressar honestamente sua reação à sessão anterior pode ser manejada de vários modos. Primeiro, o terapeuta pode usar encorajamento adicional, como no exemplo a seguir, se ele suspeita que o paciente de fato teve uma reação negativa.

T: Então, você acha que a sessão passada foi boa. Se você tivesse sido incomodado por algo, você acha que teria contado para mim?

P: Eu acho que sim.

T: Bom, porque eu *realmente* desejo traçar essa terapia para você, e se houvesse algo que tivesse incomodado você, eu realmente gostaria de ouvir sobre isso para que nós pudéssemos resolver o problema.

Em segundo lugar, o terapeuta poderia descobrir o *significado* de prover um *feedback* negativo para o paciente.

T: Ok, então você ficou basicamente satisfeito com a nossa sessão na semana passada. Eu fico pensando, no entanto, se significaria algo para você caso *tivesse* ficado insatisfeita e me contado isso?

P: Oh, eu jamais criticaria você. Eu sei que está fazendo o melhor.

T: Bem, obrigado, mas eu sou simplesmente humano e cometo erros às vezes. O que significaria se você *realmente* me criticasse?

P: Oh... eu seria realmente uma ingrata.

T: Hmmmm. Eu fico pensando se isso acontece automaticamente. Que o fato de você me dar o *feedback* - algo que estou pedindo e realmente desejo - significa ingratidão de sua parte. Nós poderíamos colocar isso no roteiro para falarmos mais depois?

■ ESTABELECENDO O ROTEIRO

Dificuldades típicas aqui são a falha do paciente em contribuir para o roteiro, divagar quando estabelece o roteiro ou estar sem esperanças em relação a discutir

problemas no roteiro. O paciente que falha em contribuir para o roteiro está inadequadamente socializado ou coloca um *sentido* negativo especial sobre o contribuir. Esses dois casos estão ilustrados a seguir.

T: O que você gostaria de colocar no roteiro?

P: ... Na verdade, nada.

P: Que problemas você teve na semana passada? Ou que problemas você espera que surjam esta semana?

P: Eu não sei. As coisas estão bem, eu acho.

T: Então, que tal se nós colocássemos no roteiro examinar como você está em relação às metas que nós estabelecemos no início da terapia?

P: Está bem.

T: Se estiver bem para você, gostaria que escrevesse uma tarefa de casa para a próxima semana com a intenção de pensar sobre o que você desejaria colocar no roteiro na semana subsequente.

Se o paciente falha em estabelecer um tópico do roteiro na semana seguinte, mesmo em face a uma atualização sugerindo que ele de fato experimentou algumas dificuldades, o terapeuta poderia obter seus pensamentos automáticos sobre o significado dessa solicitação.

T: Você lembrou de pensar sobre um tópico para o roteiro?

P: Lembrei. Mas eu não sei. Simplesmente não me ocorreu nada.

T: O que passou pela sua cabeça quando você estava tentando pensar sobre um tópico?

P: Eu não sei... que *você* é o médico; você sabe melhor do que eu sobre o que nós deveríamos falar.

T: Como isso a faz sentir quando eu pressiono você para pensar sobre um tópico?

P: Sinto-me bem.

T: Um pouco aborrecida, talvez?

P: Um pouquinho.

O terapeuta então obtém as expectativas do paciente com a terapia e o ajuda a examinar as vantagens e desvantagens de manter essas expectativas.

Os pacientes que se lançam em um relato detalhado de um problema em vez de apenas nomear o problema durante o estabelecimento do roteiro, apenas requerem instrução complementar.

T: (*Gentilmente interrompendo.*) Eu posso perceber que isso é um problema importante. Agora, você pode apenas me dizer o *nome* do tópico e nós voltaremos a ele em alguns minutos? Você o chamaria de “um problema com o meu chefe”?

P: Sim.

T: Bom. Você pode dizer para mim o nome de qualquer outro problema que você gostaria de colocar no roteiro?

Um paciente que persiste, na sessão seguinte, em dissertar em vez de nomear tópicos no estabelecimento do roteiro pode ser solicitado a anotá-los como tarefa de casa.

Um terceiro problema no estabelecimento do roteiro surge quando o paciente se sente sem esperanças em relação a discutir seus problemas. Aqui o terapeuta tenta engajá-lo em um modo de resolução de problemas.

T: Ok. Então, no roteiro, até agora, nós tivemos os problemas de cansaço e de organização de suas finanças para propósitos de impostos. Alguma coisa mais?

P: (*Suspira.*) Não... Sim... Eu não sei... Eu estou tão confusa. Eu acho que nada disso vai poder ajudar-me.

T: Você acha que falar sobre os seus problemas aqui não ajudará?

P: Acho. De que adianta? Eu quero dizer, você não pode consertar o fato de que eu devo muito dinheiro e que estou tão cansada e que não consigo nem mesmo sair da cama na maioria das manhãs - para não mencionar o fato de que eu estou tão atrasada no meu trabalho que provavelmente não conseguirei passar.

T: Bem, é verdade que nós não podemos consertar tudo de uma vez. E você de fato tem problemas reais sobre os quais nós precisamos trabalhar juntos. Agora, se nós apenas temos tempo para trabalhar um tópico hoje, o que você acha que ajudará mais?

P: Eu não sei... O cansaço, talvez. Se eu pudesse sair da cama, talvez eu pudesse fazer mais coisas.

Nesse caso, o terapeuta passa à paciente a mensagem de que seus problemas são reais, que eles podem ser trabalhados um a um e que ela não precisa trabalhar sobre eles sozinha. Pedir à paciente que faça uma escolha forçada *de fato* a ajuda a focalizar sobre selecionar um problema e parece ajudar a torná-la orientada em direção à resolução de problemas. Se a paciente tivesse se recusado a fazer uma escolha, o terapeuta poderia ter experimentado uma tática diferente.

T: Parece que você está desesperançada. Eu não sei com certeza se, trabalhando juntos, nós podemos fazer uma diferença, mas eu gostaria de tentar. Você estaria disposta a tentar? Nós poderíamos conversar sobre o cansaço por dez ou quinze minutos e ver o que acontece?

Reconhecer a desesperança da paciente e a inabilidade do terapeuta de garantir sucesso pode tornar a paciente disposta a experimentar a resolução de problemas por alguns minutos.

■ REVISÃO DA TAREFA DE CASA

Um problema típico é que o terapeuta, em sua pressa de chegar aos tópicos do roteiro do paciente, falha em perguntar sobre a tarefa de casa que o paciente fez na semana anterior. O terapeuta tende mais a lembrar de perguntar sobre a tarefa de casa quando ele mantém na sua frente os seis elementos da sessão de terapia (ver Capítulo 4, p.59) e as notas da terapia da semana anterior contendo a tarefa escrita. O problema oposto às vezes surge quando o terapeuta revisa a tarefa de casa (não-relacionada à aflição do paciente naquele dia) em demasiados detalhes antes de voltar-se para o tópico do roteiro do paciente. Outros problemas com tarefa de casa são discutidos em detalhes no Capítulo 14.

■ DISCUSSÃO DE ITENS DO ROTEIRO

Problemas típicos aqui incluem desesperança, discussão não-focalizada ou tangencial, ritmo ineficiente e falha em fazer uma intervenção terapêutica. *Uma discussão dispersiva* usualmente resulta quando o terapeuta falha em estruturar a discussão apropriadamente através de interrupções gentis (orientando o paciente de volta ao tópico em questão); quando ele falha em enfatizar pensamentos automáticos, emoções, crenças e comportamentos chaves; e quando ele falha em resumir com frequência. Na transcrição a seguir, o terapeuta resume vários minutos da descrição do paciente em apenas algumas palavras e redireciona-o a identificar seus pensamentos automáticos.

T: Deixe-me certificar-me de que eu entendi. Ontem, você teve uma briga com sua irmã. Isso a relembrou das brigas anteriores e você começou a ficar cada vez mais raivosa. Na noite passada, você ligou para ela de novo e ela a criticou por não ajudar sua mãe. O que passou pela sua cabeça quando ela disse “Você é a ovelha negra da família”?

O estabelecimento do *ritmo* é freqüentemente um problema para o terapeuta novato que superestima quantos tópicos podem ser discutidos durante uma sessão de terapia. É preferível priorizar e então especificar apenas um ou dois tópicos a serem discutidos durante uma sessão. O terapeuta e paciente juntos deveriam monitorar o tempo durante a sessão e colaborativamente decidir o que fazer quando o tempo está ficando curto. (Em termos práticos, isso significa ter um ou mais relógios posicionados para que ambos possam monitorar a passagem do tempo.)

T: Nós temos apenas dez minutos restando para encerrar a sessão. Você gostaria de continuar falando sobre esse problema com o seu vizinho ou terminar nos próximos um ou dois minutos para que nós tenhamos tempo para discutir os outros problemas com o seu colega?

Um terceiro problema com a discussão de tópicos é a *falha do terapeuta em fazer uma intervenção terapêutica*. Grande parte do tempo, meramente descrever um proble-

ma ou identificar pensamentos disfuncionais ou crenças relacionadas ao problema *não* resultaram no paciente sentir-se melhor. O terapeuta deveria estar consciente de seu objetivo, o de ajudar o paciente (durante a própria sessão) a responder para ele suas crenças disfuncionais, resolver ou resolver parcialmente um problema, estabelecer uma tarefa de casa projetada para aliviar o problema ou ajudá-lo a sentir-se menos aflito.

■ ESTABELECENDO NOVA TAREFA DE CASA

Os pacientes tendem menos a fazer tarefa de casa quando o terapeuta (1) sugere uma tarefa demasiado difícil ou que não está relacionada às preocupações do paciente, (2) falha em prover um bom embasamento lógico, (3) esquece de revisar a tarefa de casa designada durante sessões anteriores, (4) não enfatiza a importância da tarefa de casa diária em geral e de tarefas específicas em particular, (5) não ensina explicitamente ao paciente como fazer a tarefa de casa, (6) não inicia a tarefa na sessão, não faz o ensaio encoberto (Capítulo 14, p.262-264) ou faz perguntas comuns sobre obstáculos potenciais que poderiam atrapalhar, (7) não faz o paciente escrever a tarefa de casa ou (8) não estabelece colaborativamente uma tarefa de casa que o paciente não deseja fazer.

Se nenhum dos tópicos citados for válido, o terapeuta tenta apurar se o paciente sustenta crenças disfuncionais sobre tarefa de casa (por exemplo, “Eu deveria sentir-me melhor sem trabalhar duro”; “Meu terapeuta deveria curar-me sem que eu tenha que mudar coisas”; “Eu sou incompetente demais para fazer tarefa de casa”; “A tarefa de casa é trivial e não me fará melhorar”). O terapeuta então ajuda o paciente a especificar e testar suas idéias disfuncionais sobre a tarefa de casa. A tarefa de casa é discutida mais extensamente no Capítulo 14.

■ RESUMO FINAL

O terapeuta resume as preocupações e angústias do paciente periodicamente ao longo da sessão para certificar-se de que entendeu tudo aquilo que foi expressado. Se ele solicitou ao paciente para registrar pontos importantes por escrito durante a sessão, o resumo final pode consistir em uma breve revisão dessas notas e em um resumo verbal de quaisquer outros tópicos discutidos. Falha em fazer o paciente tomar notas usualmente conduz a uma maior dificuldade em resumir a sessão e em fazer o paciente lembrar da sessão na semana seguinte.

■ FEEDBACK

Problemas surgem quando o paciente está aflito no final de uma sessão, sem tempo suficiente para resolver sua angústia ou quando falha em expressar suas reações negativas. Uma solução prática para evitar a falta de tempo é começar a encerrar

a sessão dez minutos antes do final. Então, o terapeuta pode mais efetivamente designar nova tarefa de casa, resumir a sessão, obter e responder ao *feedback*. Uma resposta amostra de *feedback* negativo segue:

T: Alguma coisa que eu disse hoje incomodou você?

P: Eu não acho que você se dê conta de quão difícil é para mim fazer as coisas. Eu tenho tantas responsabilidades e tantos problemas. É fácil para *you* dizer que eu apenas deveria concentrar-me no meu trabalho e esquecer tudo o que está acontecendo com o meu chefe.

T: Oh, desculpe-me se você ficou com essa impressão. O que eu *quis* transmitir foi que percebi sua aflição devido ao problema com o seu chefe e eu gostaria que nós pudéssemos resolvê-lo esta semana. Gostaria de conversar mais sobre isso na semana que vem. Mas enquanto isso, houve algo que disse ou fiz que o fez pensar que eu estava sugerindo a você apenas esquecer tudo sobre o problema com o seu chefe?

(O terapeuta, a seguir, esclarece o mal-entendido.)

■ PROBLEMAS QUE SURGEM DAS COGNIÇÕES DO TERAPEUTA

Os problemas apresentados pressupõem que o terapeuta concorda com a estrutura padrão da sessão de terapia e se sente competente para implementá-la. A seguir, estão pensamentos e crenças típicos de terapeutas que podem interferir na implementação da estrutura padrão.

Pensamentos automáticos

"Eu não consigo estruturar a sessão."

"[Minha paciente] não gostará da estrutura."

"Ela não consegue expressar-se sucintamente."

"Eu não deveria interrompê-la."

"Ela ficará enfurecida se eu for direto demais."

"Ela não fará a tarefa de casa."

"Ela se sentirá denegrida se eu avaliar seu pensamento."

É importante que o terapeuta monitore seu próprio nível de desconforto e identifique seus próprios pensamentos automáticos durante e entre as sessões. Ele pode, então, identificar um problema, avaliar e responder aos seus pensamentos e resolver problemas para tornar mais fácil para ele experimentar implementar a estrutura padrão na próxima sessão.

6

IDENTIFICANDO OS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

O modelo cognitivo afirma que a interpretação de uma situação (em vez da situação em si), freqüentemente expressa em pensamentos automáticos, influencia as respostas emocional, comportamental e fisiológica subseqüentes. Evidentemente, determinados eventos são quase que universalmente aflitivos: um ataque pessoal, rejeição ou fracasso. Pessoas com transtornos psicológicos, no entanto, com freqüência interpretam erroneamente situações neutras ou até mesmo positivas e, desse modo, seus pensamentos automáticos são tendenciosos. Examinando criticamente e corrigindo erros de seu pensamento, muitas vezes os pacientes sentem-se melhor.

Este capítulo descreve características dos pensamentos automáticos junto com técnicas para identificar pensamentos automáticos dos pacientes, explicar pensamentos automáticos para pacientes, diferenciar entre pensamentos automáticos e interpretações e ensinar os pacientes a identificar seus próprios pensamentos automáticos. O capítulo seguinte focaliza emoções negativas: como ensinar os pacientes a diferenciar pensamentos automáticos de emoções e identificar e classificar a intensidade das emoções.

■ CARACTERÍSTICAS DOS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Pensamentos automáticos são um fluxo de pensamento que coexiste com um fluxo de pensamento mais manifesto (Beck, 1964). Esses pensamentos não são peculiares a pessoas com angústia; eles são uma experiência comum a todos nós. A maior parte do tempo, nós mal estamos cientes desses pensamentos, embora com apenas um pouquinho de treinamento possamos facilmente trazer esses pensamentos à consciência. Quando nos tornamos cientes dos nossos pensamentos, podemos automaticamente fazer uma checagem de realidade quando não estamos sofrendo de disfunção psicológica.

Algum leitor deste texto, por exemplo, enquanto focaliza o conteúdo deste capítulo, pode ter o pensamento automático “Eu não entendo isso” e sentir-se levemente ansioso. Ele pode, no entanto, espontaneamente (ou seja, sem percepção consciente)

responder ao pensamento de uma forma produtiva: “Eu *de fato* entendo *alguma* coisa dele; deixe-me apenas ler esta seção novamente.”

Esse tipo de testagem de realidade automática e resposta a pensamentos negativos é uma experiência comum. Pessoas que estão aflitas, no entanto, podem não se engajar nesse tipo de exame crítico. A terapia cognitiva lhes ensina ferramentas para avaliar seus pensamentos de uma forma consciente estruturada, especialmente quando eles estão aflitos.

Sally, por exemplo, quando está relendo um capítulo de economia, tem o mesmo pensamento que o leitor citado. “Eu não entendo isso.” No entanto, seu pensamento se torna até mesmo mais extremo: “Eu *já* nunca entenderei isso.” Ela aceita esses pensamentos como corretos e se sente bastante triste. Contudo, após se familiarizar com as ferramentas da terapia cognitiva, ela é capaz de usar sua emoção negativa como um indício para procurar, identificar e avaliar seus pensamentos e, por meio disso, desenvolver uma resposta mais adaptativa: “Espere um pouco, não é necessariamente verdade que eu jamais entenderei isso. Eu estou tendo algum problema agora. Mas se eu o ler ou voltar para ele quando estiver mais disposta, posso entendê-lo melhor. De qualquer modo, entendê-lo não é crucial para a minha sobrevivência e posso pedir a alguém mais para explicá-lo para mim, se for necessário.”

Embora os pensamentos automáticos pareçam surgir espontaneamente, eles se tornam bastante previsíveis, uma vez que as crenças subjacentes do paciente sejam identificadas. O terapeuta cognitivo está preocupado em identificar os pensamentos que são disfuncionais, ou seja, os que distorcem a realidade, que são emocionalmente aflitivos e/ou interferem com a habilidade do paciente de atingir suas metas. Pensamentos automáticos disfuncionais são quase sempre negativos, a menos que o paciente seja maníaco ou hipomaníaco, tenha um transtorno de personalidade narcisístico ou seja um viciado em drogas.

Os pensamentos automáticos são usualmente bastante breves, e o paciente com frequência está mais ciente da *emoção* que sente em decorrência do pensamento do que do pensamento em si. Sentando-se na sessão, por exemplo, um paciente pode estar um pouco ciente de sentir-se ansioso, triste, irritado ou embaraçado, porém inconsciente dos seus pensamentos automáticos até que o terapeuta o questione.

A emoção que o paciente sente é logicamente conectada ao conteúdo do pensamento automático. Por exemplo, Sally pensa: “Eu sou uma estúpida. Eu não entendo de verdade o que [meu terapeuta] está dizendo”. Ela fica triste. Em outro momento, pensa: “Ele está olhando para o relógio. Eu sou apenas mais um caso para ele.” Sente-se levemente raivosa. Quando tem os pensamentos “E se esta terapia não funcionar? O que eu farei?”, Sally sente-se ansiosa.

Os pensamentos automáticos estão comumente em uma forma “abreviada”, mas podem, com facilidade, ser soletrados quando o terapeuta pergunta pelo *sentido* do pensamento. Por exemplo, “Oh, não!” pode ser traduzido como [“Meu terapeuta] vai me dar tarefa de casa demais.” “Droga!” pode ser a expressão de uma idéia como

“Eu deixei meu caderno de notas em casa e não posso agendar um outro horário com o meu terapeuta hoje; Eu sou tão burro.”

Os pensamentos automáticos podem estar em uma forma verbal, visual (imagens) ou em ambas as formas. Além de seu pensamento automático verbal (“Oh, não!”), Sally teve uma imagem de si mesma sozinha em sua escrivaninha tarde da noite, trabalhando em sua tarefa de casa para a terapia (ver Capítulo 13 para uma descrição de pensamentos automáticos em forma de imagem).

Os pensamentos automáticos podem ser avaliados de acordo com sua *validade* e sua *utilidade*. O tipo mais comum de pensamento automático é distorcido de algum modo e ocorre apesar de evidências objetivas em contrário. Um segundo tipo de pensamento automático é preciso, porém a *conclusão* que o paciente extrai pode ser distorcida. Por exemplo, “Eu não fiz o que eu prometi [para a minha colega de quarto]” é um pensamento válido, mas a conclusão “Portanto, eu sou uma má pessoa” não é.

Um terceiro tipo de pensamento automático é também preciso, porém decididamente disfuncional. Por exemplo, Sally estava estudando para um exame e pensou: “Eu vou levar horas para terminar isso. Eu ficarei acordada até as três da manhã.” Esse pensamento foi sem dúvida correto, entretanto aumentou sua ansiedade e reduziu sua concentração e sua motivação. Uma resposta razoável a esse pensamento seria abordar sua *utilidade*. “É verdade que levará um tempo longo para terminar isso, mas eu posso fazer; eu já fiz antes. Lidar com quanto tempo levará me faz sentir infeliz e eu não me concentrarei tão bem. Provavelmente levará ainda mais tempo para terminar. Seria melhor concentrar-me em terminar uma parte em um momento e dar-me crédito por tê-la terminado.” Avaliar a validade e/ou utilidade de pensamentos automáticos e adaptativamente responder a eles em geral produz uma mudança positiva de afeto.

Resumindo, os pensamentos automáticos coexistem com um fluxo mais manifesto de pensamentos, surgem espontaneamente e não são embasados em reflexão ou deliberação. As pessoas estão usualmente mais cientes da emoção associada, porém, com um pouco de treinamento, podem tornar-se cientes do seu pensamento. Os pensamentos relevantes a problemas pessoais estão associados a emoções *específicas*, dependendo de seu conteúdo e significado. Elas são freqüentemente breves e fugazes, em forma abreviada e podem ocorrer em uma forma verbal e/ou imaginária. As pessoas com freqüência aceitam seus pensamentos automáticos como verdadeiros, sem reflexão ou avaliação. Identificar, avaliar e responder a pensamentos automáticos (de uma forma mais adaptativa) usualmente produz uma mudança positiva em afeto.

■ EXPLICANDO PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS PARA PACIENTES

É desejável explicar os pensamentos automáticos utilizando os exemplos do próprio paciente. O Capítulo 3 supriu uma amostra de transcrição; a seguir, apresentamos outra.

TERAPEUTA: Agora, eu gostaria de passar alguns minutos falando sobre a conexão entre pensamentos e sentimentos. Você consegue pensar em alguns momentos quando, nesta semana, sentiu-se aflita?

PACIENTE: Posso. Indo para a aula hoje de manhã.

T: Que emoção você estava sentindo: tristeza? ansiedade? raiva?

P: Tristeza.

T: O que estava passando pela sua cabeça?

P: Eu estava olhando para outros estudantes, conversando ou jogando *frisbee*, deitados na grama.

T: O que passou pela sua cabeça quando você os viu?

P: Eu nunca serei como eles.

T: Ok. Você acaba de identificar o que nós chamamos de um *pensamento automático*. Todo mundo os têm. Eles são pensamentos que simplesmente parecem saltar dentro na nossa cabeça. Nós não estamos deliberadamente tentando pensar sobre eles; é por isso que nós os chamamos de automáticos. A maior parte do tempo eles são realmente rápidos e nós estamos muito mais cientes da emoção - neste caso, tristeza - do que dos pensamentos. Muitas vezes os pensamentos são distorcidos de algum modo. Mas nós reagimos *como se* eles fossem verdadeiros.

P: Hmmm.

T: O que nós faremos é ensiná-la a identificar os seus pensamentos automáticos e então avaliá-los para ver exatamente quão acurados eles são. Por exemplo, daqui a um minuto nós avaliaremos o pensamento “Eu jamais serei como os outros estudantes.” O que você pensa que aconteceria com as suas emoções se você descobrisse que o seu pensamento não era verdadeiro - que quando a sua depressão ceder você perceberá que *é* como os outros estudantes?

P: Eu me sentiria melhor.

Aqui o terapeuta sugere um cenário alternativo para ilustrar o modelo cognitivo. Posteriormente na sessão, ele utiliza questionamento socrático para examinar o pensamento com a paciente, para que ela possa desenvolver sua própria resposta adaptativa. Na parte seguinte, ele e Sally escrevem o pensamento automático, enfatizando o modelo cognitivo. (Ver Figura 6.1.)

T: Coloquemos isso no papel. Quando você teve o pensamento “Eu jamais serei como aqueles estudantes”, você se sentiu triste. Você se deu conta de que o seu pensamento influencia o seu estado de espírito?

P: Huh huh.

T: Isso é o que nós chamamos de *modelo cognitivo*. O que nós faremos na terapia é ensiná-la a identificar seus pensamentos automáticos quando você perceber o seu humor mudando. Esse é o primeiro passo. Nós continuare-

mos praticando isso até que seja fácil. Então, você aprenderá como avaliar os seus pensamentos e mudá-los, se eles não estiverem completamente corretos. Isso está claro?

P: Eu acho que sim.

T: E se nós colocássemos isso no papel? Passo 1: Identificar pensamentos automáticos; Passo 2: Avaliar e responder aos pensamentos. Você poderia dizer para mim outra vez, com suas próprias palavras, qual a relação entre pensamentos e sentimentos?

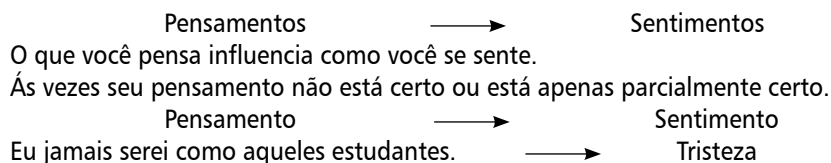
P: Às vezes, eu tenho pensamentos que estão errados e eles me deixam mal.... Mas e se esses pensamentos estiverem certos?

T: Boa pergunta. Então, nós faremos alguma resolução de problemas ou descobriremos o que há de tão mal se eles *estiverem* certos. Meu palpite, no entanto, é que nós encontraremos muitos erros no seu pensamento porque você *está* deprimida e negativa; pensamento negativo faz sempre parte da depressão. De qualquer modo, iremos descobrir juntos se as suas interpretações estão erradas. Agora, você pode pensar em qualquer outro momento, nesta semana, quando você se sentiu aflita, para que nós possamos tentar identificar mais pensamentos automáticos?

No final dessa sessão, o terapeuta certifica-se de novo se o paciente entendeu o modelo cognitivo.

T: Revisando um pouco, você poderia dizer para mim o que entende agora sobre a relação entre pensamentos e sentimentos?

P: Bem, às vezes pensamentos automáticos simplesmente saltam na minha cabeça e eu os aceito como verdadeiros. E, então, eu me sinto..., de alguma forma, triste, preocupada ...



Etapas na Terapia

1. Identificar pensamentos automáticos.
2. Avaliar e responder a pensamentos automáticos.
3. Fazer resolução de problemas se os pensamentos forem verdadeiros.

FIGURA 6.1. Notas de Sally da Sessão 1.

T: Bom. Que tal, esta semana, você ter como tarefa de casa procurar alguns desses pensamentos automáticos?

P: Ok.

T: Por que você pensa que eu estou sugerindo isso?

P: Porque, às vezes, meus pensamentos não são verdadeiros e, se eu posso descobrir o que estou pensando, posso mudar isso e me sentir melhor.

T: Certo. Agora, que tal se você escrevesse esta tarefa: Sempre que eu perceber uma mudança de humor ou meu humor estiver piorando, perguntar a mim mesma... (*A paciente escreve.*) Qual era mesmo aquela pergunta de um milhão de dólares?

P: O que estava passando pela minha cabeça?

T: Bom! Escreva isso.

■ OBTENDO OS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

A habilidade de aprender a identificar pensamentos automáticos é análoga à de aprender qualquer outra habilidade. Alguns pacientes (e terapeutas) captam bastante fácil e rapidamente. Outros precisam de muito mais orientação e prática para identificar pensamentos e imagens automáticos. As próximas duas seções descrevem procedimentos para obter pensamentos automáticos (resumidos na Figura 6.2).

O primeiro método é identificar pensamentos automáticos que o paciente está tendo na própria sessão. O segundo método é o de levantar os pensamentos automáticos que o paciente teve sobre uma situação problemática entre as sessões através de recordação, de construção de imagens, *role-playing* (encenação/dramatização) ou formulação de hipóteses.

Obtendo os Pensamentos Automáticos Que Surgem na Sessão

O momento oportuno para obter um pensamento automático do paciente é quando o terapeuta percebe uma mudança de afeto na sessão.

T: Sally, acabei de perceber uma mudança nos seus olhos. O que passa pela sua cabeça?

É vital estar alerta a indícios tanto verbais como não-verbais do paciente, para ser capaz de obter “cognições quentes”, ou seja, pensamentos e imagens automáticos importantes que surgem na própria sessão de terapia e que estão associados a uma mudança ou aumento de emoção. As “cognições quentes” podem ser sobre o próprio paciente (“Eu sou mesmo um fracasso.”), acerca do terapeuta (“Ele não me entende”) ou a respeito do assunto em discussão (“Não é justo que eu tenha tanto para fazer.”). Identificar as “cognições quentes” é importante porque elas com frequência são de importância decisiva na conceituação. Em geral os pensamentos carregados de afeto

TÉCNICAS PARA MODIFICAR PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Pergunta básica:

O que estava passando pela sua cabeça neste momento?

Identificar os pensamentos automáticos:

1. Faça essa pergunta quando você perceber uma mudança no (ou intensificação de) afeto durante uma sessão.
2. Faça o paciente descrever uma situação problemática ou momento durante o qual ele experimentou uma mudança de afeto e faça a pergunta acima.
3. Caso necessário, faça o paciente utilizar uma imagem para descrever a situação específica ou o momento em detalhes (como se estivesse acontecendo agora) e então faça a pergunta acima.
4. Caso necessário ou desejado, faça o paciente encenar uma interação específica com você e então faça a pergunta acima.

Outras perguntas para obter os pensamentos automáticos:

1. Sobre o que você acha que estava pensando?
2. Você acha que poderia ter pensado sobre _____ ou _____?
3. Você estava imaginando algo que poderia acontecer ou lembrando de algo que aconteceu?
4. O que essa situação significou para você? (Ou diz para você?)
5. Você estava pensando _____? (O terapeuta coloca um pensamento oposto à resposta esperada.)

FIGURA 6.2. Resumo de técnicas para identificar pensamentos automáticos.
Copyright 1993 por Judith S. Beck, Ph.D.

são os mais importantes para se trabalhar. Ademais, as “cognições quentes” podem solapar a motivação ou o senso de adequação ou valor do paciente. Elas podem interferir na concentração do paciente na sessão e no relacionamento terapêutico. Identificar pensamentos automáticos na hora dá ao paciente a oportunidade para testar e responder aos pensamentos imediatamente, de modo a facilitar o trabalho no resto da sessão.

Como o terapeuta sabe quando um paciente experimentou uma mudança de afeto? Ele está alerta para indícios não-verbais, como mudanças na expressão facial, enrijecimento de músculos, mudanças de postura ou gestos de mão. Indícios verbais incluem mudanças em tom, altura, volume ou ritmo da voz. Tendo percebido alguma alteração, o terapeuta deduz uma mudança de afeto e a verifica perguntando ao pa-

ciente o que acabou de passar pela sua cabeça. Se o paciente é incapaz de relatar um pensamento, o terapeuta pode tentar fazer com que ele se concentre em sua emoção e reação fisiológica.

T: Sally, o que está passando pela sua cabeça neste momento?

P: Não tenho certeza.

T: Como você está agora?

P: Eu não sei, triste, eu acho.

T: Onde você sente a tristeza?

P: No meu peito. E atrás dos meus olhos.

T: Então, quando eu perguntei “Como está a escola?”, você se sentiu triste. Alguma idéia sobre o que você estava pensando?

P: Eu acho que era sobre a minha aula de economia. Eu estava pensando sobre receber a minha prova.

T: O que você estava pensando? Ou você imaginou algo?

P: Eu imaginei um “C” em cima, em tinta vermelha.

Com persistência moderada, Sally foi capaz de relatar sua imagem. Se focalizar a emoção *não* tivesse funcionado, o terapeuta poderia ter mudado de assunto, para não fazer Sally sentir que estava sendo interrogada ou para reduzir a possibilidade de ela ver a si mesma como um fracasso, por não ser capaz de identificar seu pensamento automático.

T: Não é grande coisa. Que tal se nós seguíssemos adiante com o roteiro?

Por outro lado, poderia ser inteligente perseguir essa “cognição quente”. Embora seja mais desejável fazer o paciente identificar seus pensamentos específicos em vez de especular sobre eles, algumas perguntas podem ser úteis quando o paciente é incapaz de fazê-lo. O terapeuta poderia pedir a Sally para dar um palpite ou poderia mencionar algumas possibilidades plausíveis. Ele poderia especificamente perguntar a respeito de uma imagem ou perguntar sobre o sentido da situação para ela. Ou ele poderia sugerir um pensamento específico que é, em realidade, o *oposto* do que ela imagina que seu pensamento era.

T: O que passou pela sua cabeça quando eu perguntei “Como vai a faculdade?” e você se sentiu triste?

P: Eu não sei. Eu realmente não sei. Eu apenas me senti tão para baixo.

T: Se você tivesse que adivinhar, sobre o que adivinharia que estava pensando? (Você pensa que poderia ter estado pensando sobre a escola ou sobre o seu trabalho ou sobre a terapia? Ou você poderia ter visualizado algo em sua cabeça? Ou você estava pensando em como tudo estava indo bem?)

Identificando os Pensamentos Automáticos em uma Situação Específica

Essas mesmas perguntas podem ser usadas para ajudar o paciente a identificar pensamentos automáticos que ele teve entre as sessões. Novamente, o terapeuta primeiro experimenta a pergunta padrão (“O que estava passando pela sua cabeça agora?”) quando o paciente descreve uma situação problemática. Muitas vezes o paciente é ajudado pela solicitação do terapeuta a dar uma descrição mais detalhada do que está ocorrendo.

T: Então, você estava sentada na aula e subitamente se sentiu nervosa? O que estava passando pela sua cabeça agora?

P: Eu não sei.

T: O que estava acontecendo?

P: A professora estava explicando quais eram as exigências para o trabalho, e um colega do meu lado me sussurrou uma pergunta sobre qual era a data de entrega.

T: Então, esse colega sussurrou enquanto a professora estava explicando? E você se sentiu nervosa?

P: Sim, eu sei, eu estava pensando. “O que ela disse? O que eu perdi? Agora eu não saberei o que fazer.”

Se verbalmente descrever a situação for insuficiente para obter os pensamentos automáticos, o terapeuta pede ao paciente para imaginar a situação específica como se ela estivesse acontecendo *neste momento*. Ele a encoraja a usar o máximo possível de detalhes falando no tempo presente.

T: Sally, você pode imaginar que está de volta na aula *neste exato momento*, a professora está falando, o colega do seu lado está sussurando, você está nervosa... Descreva para mim com o máximo de detalhes que você puder, como se estivesse acontecendo neste exato momento. De que tamanho é a sala de aula? Onde você está sentada? Onde está o professor? O que ele está dizendo? O que você está fazendo e assim por diante.

P: Eu estou na minha aula de economia. A professora está de pé na frente da classe. Deixe-me ver, eu estava sentada quase no fundo da sala, eu estava escutando muito mal ...

T: Então, “Eu estou sentada quase no fundo, eu estou escutando muito mal...” (*Orientando o paciente a falar como se estivesse acontecendo no presente.*)

P: Ela está dizendo algo sobre os tópicos que podemos escolher, uma visão macroeconômica da economia ou... algo e então esse sujeito na minha esquerda se inclina e sussurra: “Para quando é a entrega do trabalho?”

T: E o que está passando pela sua cabeça neste exato momento?

P: O que ela disse? O que eu perdi? Agora, eu não sei o que fazer.

O terapeuta ajuda a paciente a reexperimentar a situação como se ela estivesse acontecendo no momento. Quando ele percebe que a paciente parece estar revertendo para o tempo passado, ele gentilmente a orienta de volta ao presente para que a experiência seja mais imediata. De igual modo, se um paciente tem dificuldade em identificar os pensamentos automáticos em uma situação interpessoal, o terapeuta pode ajudar a recriar a situação através do *roleplay*. O paciente descreve quem disse o que verbalmente, então o paciente desempenha o papel de si mesmo enquanto o terapeuta faz o papel da outra pessoa na interação.

T: Então, você estava para baixo enquanto falava com a sua colega sobre a tarefa?

P: Sim.

T: O que estava passando pela sua cabeça quando você estava falando com ela?

P: *(Faz uma pausa...)* Eu não sei. Eu estava apenas realmente para baixo.

T: Você pode contar para mim o que você disse para ela e o que ela disse para você?

P: *(Descreve a troca verbal.)*

T: E se nós tentássemos uma encenação? Eu serei a colega e você será você.

P: Está bem.

T: Enquanto nós estamos recriando a situação, veja se você pode descobrir o que está passando pela sua cabeça.

P: *(Acena afirmativamente com a cabeça.)*

T: Ok, você começa. O que você diz primeiro?

P: Karen, posso te fazer uma pergunta?

T: Claro, mas você pode me chamar mais tarde? Eu tenho que correr para a minha próxima aula.

P: É rápido. Eu acabo de perder parte do que a dra. Smith disse sobre a nossa prova.

T: Eu estou realmente com pressa agora. Chame-me depois das 7h, ok? Tchau... Ok, fim da encenação. Você estava ciente do que estava passando pela sua cabeça?

P: Sim. Eu estava pensando que ela era ocupada demais para mim, que ela realmente não queria ajudar-me e que eu não saberia o que fazer.

T: Você teve os pensamentos: “Ela é ocupada demais para mim”, “Ela realmente não quer me ajudar”, “Eu não sei o que fazer”.

P: Sim.

T: E esses pensamentos a fizeram sentir-se triste?

P: Fizeram.

Se a paciente ainda fosse incapaz de relatar seus pensamentos, o terapeuta poderia passar para algo mais ou usar as perguntas mais específicas delineadas na Figura 6.2.

Identificando os Pensamentos Automáticos Complementares

É importante continuar questionando o paciente mesmo depois que ele relata um pensamento automático inicial. Esse questionamento adicional pode trazer à luz outros pensamentos importantes.

T: Então, quando você recebeu o teste de volta, você pensou “Eu deveria ter feito melhor. Eu deveria ter estudado mais.” O que mais passou pela sua cabeça?

P: Todos os outros provavelmente foram melhor do que eu.

T: E depois?

P: Eu estava pensando: “Eu não deveria sequer estar aqui. Eu sou um fracasso tão grande.”

O terapeuta deveria estar ciente de que o paciente pode, além disso, ter outros pensamentos automáticos, mas não sobre a mesma situação, porém sobre a sua *reação* à situação. O paciente pode perceber sua própria emoção, comportamento ou sua reação fisiológica de uma forma negativa.

T: Então, você teve o pensamento “Eu poderia sentir-me embaraçada”. E você se sentiu ansiosa? O que aconteceu depois?

P: Meu coração começou a bater realmente rápido e eu pensei: “O que há de errado comigo?”

T: E você sentiu...?

P: Mais ansiedade.

T: E então?

P: Eu pensei “Eu jamais me sentirei bem.”

T: E você sentiu...?

P: Tristeza e desesperança.

Observe que a paciente primeiro teve pensamentos automáticos sobre uma situação específica (ser voluntária em aula). Então, ela teve pensamentos sobre sua ansiedade e sua reação corporal. Em muitos casos, essas reações emocionais secundárias podem ser bastante aflitivas e significativamente agravar uma situação já angustiante. A fim de trabalhar com mais eficiência, é importante determinar em que ponto a paciente estava *mais* aflita (antes, durante ou depois de um determinado incidente) e quais eram seus pensamentos automáticos naquele momento. A paciente pode ter tido pensamentos automáticos aflitivos em *antecipação* a uma situação (“E se ela gritar comigo?”), *durante* a situação (“Ela pensa que eu sou burra”) e/ou em um ponto *posterior*, refletindo sobre o que aconteceu (“Eu não faço nada direito, eu jamais deveria ter tentado”).

■ IDENTIFICANDO A SITUAÇÃO PROBLEMÁTICA

Às vezes, além de ser incapaz de identificar pensamentos automáticos associados a uma determinada emoção, um paciente tem dificuldade até mesmo em identificar a única situação ou tópico que é mais problemático para ele (ou que parte é a mais aflitiva). Quando isso acontece, o terapeuta pode ajudar o paciente a localizar a situação mais problemática propondo alguns problemas perturbadores, pedindo ao paciente para hipoteticamente eliminar um problema e determinar quanto alívio o paciente sente. Visto que uma situação específica foi identificada, os pensamentos automáticos são mais facilmente descobertos.

T: (*Resumindo.*) Então, você tem estado muito aflita nos últimos dias e não está certa do porquê está tendo problemas em identificar os seus pensamentos você apenas se sente aflita a maior parte do tempo. Isso está certo?

P: Sim. Eu simplesmente não sei por que eu estou tão aflita o tempo todo.

T: Sobre que tipos de coisas você tem pensado?

P: Bem, a faculdade é uma delas. E eu não me estou dando bem com a minha colega de quarto. E, então, eu tentei falar com a minha mãe de novo e não consegui encontrá-la e, não sei, apenas tudo.

T: Então, há um problema com a escola, com a sua colega de quarto, problema de se comunicar com sua mãe... alguma outra coisa?

P: Sim. Eu não tenho estado muito bem. Eu tenho medo de que possa ficar doente antes de terminar essa grande pesquisa.

T: Qual dessas situações mais incomoda você - faculdade, colega de quarto, conseguir falar com sua mãe, sentir-se doente?

P: Oh, eu não sei. Eu estou preocupada com todas elas.

T: Vamos anotar essas quatro coisas. Agora, digamos, hipoteticamente, que nós pudéssemos eliminar completamente o problema de sentir-se doente, digamos que agora você se sente fisicamente bem, quão ansiosa você está agora?

P: Aproximadamente igual.

T: Ok. Digamos, hipoteticamente, que você contate a sua mãe de imediato, após a terapia e que tudo está bem com ela. Como você se sente agora?

P: Um pouquinho melhor. Não muito.

T: Ok. Digamos, o problema da faculdade – qual é o problema na faculdade?

P: Eu tenho que entregar um grande trabalho na semana que vem.

T: Ok. Digamos que você acaba de entregar o trabalho antes da hora e está bem em relação a isso. Agora, como você se sente?

P: Isso seria um grande alívio, se este trabalho estivesse pronto e eu pensasse que eu o tivesse feito bem.

T: Então, parece que o trabalho é a situação mais aflitiva.

P: É, eu acho que sim.

- T: Agora, apenas para ter certeza... Se você ainda tivesse o trabalho para fazer, mas o problema com a colega de quarto desaparecesse, como você se sentiria?
- P: Não tão bem. Eu acho que *é* o trabalho que está incomodando-me mais.
- T: Em algum momento, nós focalizaremos sobre o problema da faculdade, mas primeiro eu gostaria de revisar como nós descobrimos isso, para que seja capaz de repetir o feito você mesma no futuro.
- P: Bem, você me fez listar todas as coisas sobre as quais eu estava preocupada e fingir resolvê-las uma a uma.
- T: E, então, você foi capaz de ver qual delas lhe daria o maior alívio se tivesse sido resolvida.
- P: É.

[O terapeuta e o paciente então focalizam o problema da escola; eles identificam e respondem aos pensamentos automáticos e fazem alguma resolução de problemas.]

O mesmo processo pode ser usado para ajudar o paciente a determinar que *parte* de um problema aparentemente avassalador é mais aflitiva.

- T: Então, você tem estado bastante aborrecida sobre a sua colega de quarto. O que *especificamente* vem incomodando você?
- P: Oh, eu não sei. Tudo.
- T: Você pode citar algumas coisas?
- P: Bem, ela pega a minha comida e eu não reclamo. Pelo menos não de uma forma maliciosa, mas isso me incomoda. Ela tem um namorado e, sempre que fala nele, lembro que não tenho um. Além disso, ela é desorganizada, deixa coisas por toda parte... Ela não tem o mínimo de consideração. Esquece de me dar recados de telefonemas e coisas assim.
- T: Alguma outra coisa?
- P: Essas são as principais.
- T: Ok, nós fizemos isso antes. Deixe-me ler isso para que você possa verificar qual a incomoda mais. Se você não puder, nós, hipoteticamente, as eliminaremos uma a uma e veremos qual faz a maior diferença em como você se sente. Ok?

■ **DIFERENCIANDO ENTRE PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS E INTERPRETAÇÕES**

Quando o terapeuta solicita os pensamentos automáticos do paciente, ele está buscando as palavras ou imagens *reais* que passaram pela sua cabeça. Até que tenham aprendido a reconhecer esses pensamentos, muitos pacientes relatam *interpretações* que podem ou não refletir os pensamentos reais. Na transcrição a seguir, o terapeuta orienta o paciente a relatar seus pensamentos.

T: Quando você viu aquela mulher no bar, o que passou pela sua cabeça?

P: Eu acho que estava negando os meus sentimentos reais.

T: O que você estava realmente pensando?

P: Eu não tenho certeza do que você quer dizer.

Nesse diálogo, a paciente relatou uma *interpretação* do que ela estava sentindo e pensando. A seguir, o terapeuta tenta de novo, focalizando e intensificando sua emoção.

T: Quando você a viu, que emoção você sentiu?

P: Eu acho que estava apenas negando os meus sentimentos.

T: Uh huh. Que sentimentos você estava negando?

P: Não tenho certeza.

T: Quando você a viu, você se sentiu feliz? Entusiasmada? *(Fornecendo uma emoção oposta à esperada para avivar sua recordação.)*

P: Não, em absoluto.

T: Você consegue lembrar de entrar no bar e vê-la? Você pode visualizar isso na sua mente?

P: Uh huh.

T: O que você estava sentindo?

P: Tristeza, eu acho.

T: Enquanto você olha para ela, o que passa pela sua cabeça?

P: Eu me sinto triste, com um vazio na boca do meu estômago. *(Relatando uma emoção e uma reação fisiológica em vez de um pensamento automático.)*

T: O que está passando pela sua cabeça agora?

P: Ela é realmente esperta. Eu não sou nada comparada com ela.

T: *(Anotando os pensamentos.)* Ok. Alguma outra coisa?

P: Não. Eu apenas caminhei até a mesa e comecei a conversar com a minha amiga.

■ DISTINGUINDO ENTRE OS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS ÚTEIS E OS RELATIVAMENTE MENOS ÚTEIS

Até que o paciente aprenda a reconhecer os pensamentos automáticos *específicos* que o afligem, ele pode relatar também alguns outros pensamentos. Alguns pensamentos são simplesmente descritivos e inócuos ou irrelevantes para um problema. Pensamentos automáticos *relevantes* são usualmente associados com aflição marcada. Assim como na sessão anterior, o terapeuta tenta determinar que pensamento ou pensamentos será mais produtivo focalizar.

T: Então, você estava se sentindo bastante triste quando você desligou o telefone. O que estava passando pela sua cabeça naquele momento?

P: Bem, minha amiga do segundo grau está se dando realmente bem. Ela tem um emprego, está saindo com muitos dos nossos amigos. Ela pode usar o carro da família dela, então não está amarrada. Às vezes, eu queria ser mais como ela. Ela está realmente fazendo bem as coisas. Eu me sinto uma perdedora.

T: Você teve este pensamento “Eu sou uma perdedora”, quando você desligou o telefone?

P: (*Acena que sim com a cabeça.*)

T: Alguma outra coisa passou pela sua cabeça naquele momento?

P: Não, apenas que eu sou uma perdedora. Eu jamais serei como ela.

■ ESPECIFICANDO OS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS IMPLÍCITOS NO DISCURSO

Os pacientes precisam aprender a especificar as palavras reais que passam por suas cabeças, a fim de avaliá-las efetivamente. A seguir, estão alguns exemplos de pensamentos implícitos *versus* palavras reais:

Expressões implícitas	Pensamentos automáticos reais
Eu acho que estava imaginando se ele gosta de mim.	Ele gosta de mim?
Eu não sei se procurar o professor seria uma perda de tempo.	Eu provavelmente perderei meu tempo.
Eu não poderia começar a ler.	Eu não posso fazer isso.

O terapeuta gentilmente conduz o paciente a identificar as palavras *reais* que passaram por sua cabeça.

T: Então, quando você ficou vermelha na aula, o que passou pela sua cabeça?

P: Eu acho que estava pensando se ele pensava que eu era estranha.

T: Você pode recordar as palavras exatas que você estava pensando?

P: (*Confusa.*) Eu não estou certa do que você quer dizer.

T: Você estava pensando “Eu acho que eu estava pensando se ele pensou que eu era estranha”, ou você estava pensando “Ele pensa que eu sou estranha?”

P: Oh, sim, a segunda. Ou realmente eu acho que era “Ele provavelmente pensa que eu sou estranha.”

■ MUDANDO A FORMA DOS PENSAMENTOS TELEGRÁFICOS OU EM FORMA DE PERGUNTA

Os pacientes com frequência relatam pensamentos que não são plenamente compreendidos. Assim como é difícil avaliar tal pensamento telegráfico, o terapeuta orienta o paciente a expressar o pensamento o mais exato possível.

T: O que passou pela sua cabeça quando o trabalho foi anunciado?

P: “Uh, oh”, eu apenas pensei, “Uh, oh.”

T: Você pode soletrar o pensamento? “Uh, oh” significa...

P: Eu jamais conseguirei fazer o trabalho a tempo. Eu tenho muitas coisas para fazer.

Se o paciente tivesse sido capaz de soletrar seu pensamento, o terapeuta poderia ter tentado suprir um pensamento oposto: “Uh,oh” significa “Isso é realmente bom”?

Os pensamentos automáticos são, às vezes, expressados na forma de uma pergunta, tornando a avaliação difícil. Portanto, o terapeuta orienta o paciente em expressar o pensamento em uma forma de declaração antes de ajudá-lo a avaliá-lo.

T: Você se sentiu ansiosa? O que estava passando pela sua cabeça naquele momento?

P: Eu estava pensando: “Eu passarei no teste?”

T: Ok, agora antes de nós avaliarmos esse pensamento, vejamos se nós podemos reafirmá-lo na forma de uma declaração, daí nós poderemos trabalhar com isso mais facilmente. Você estava pensando se provavelmente passaria ou não passaria no teste?

P: Que eu não passaria.

T: Ok. Então, nós podemos rephrasear o seu pensamento como “Eu poderia não passar no teste”?

Um outro exemplo.

T: Então, você teve o pensamento “O que acontecerá comigo [se eu ficar cada vez mais nervosa]?” O que você estava *com medo* que pudesse acontecer?

P: Eu não sei... perder o controle, eu acho.

T: Ok, examinemos este pensamento: “Eu poderia perder o controle.”

No exemplo anterior, o terapeuta leva a paciente a revelar precisamente o que ela sente. No exemplo a seguir, de início o paciente tem dificuldade em identificar o medo por trás do seu pensamento automático, de modo que o terapeuta tenta várias perguntas diferentes para identificá-lo:

T: Então, você pensou “E agora?”. O que você pensou que aconteceria a seguir?

P: Eu não sei.

T: Você estava com medo que algo específico pudesse acontecer?

P: Eu não estou certa.

T: O que é a pior coisa que *poderia* acontecer nessa situação?

P: Hummm... que eu seria expulsa da faculdade.

T:: Você acha que isso era o que você estava com medo que acontecesse no momento?

O quadro ilustra outros exemplos de como as perguntas podem ser ratificadas, a fim de ser avaliadas mais efetivamente.

Pergunta

Eu serei capaz de enfrentar?

Eu posso ficar se ela partir?

E se eu não puder fazer isso?

E se ela ficar furiosa comigo?

Como eu superarei isso?

E se eu não puder mudar?

Por que isso aconteceu comigo?

Declaração

Eu não serei capaz de enfrentar.

Eu não serei capaz de ficar se ela partir.

Eu perderei o meu emprego se eu não puder fazer isso.

Ela me ferirá se ela ficar furiosa comigo.

Eu não serei capaz de superar isso.

Eu serei infeliz para sempre se eu não puder mudar.

Isso não deveria ter acontecido comigo.

■ ENSINANDO OS PACIENTES A IDENTIFICAR PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Conforme descrito no Capítulo 4, o terapeuta pode começar a ensinar ao paciente a habilidade de identificar pensamentos automáticos mesmo na primeira sessão. Aqui o terapeuta acaba de demonstrar o modelo cognitivo usando os exemplos do próprio paciente.

T: Sally, quando você perceber o seu humor mudando ou piorando na semana que vem, você poderia parar e perguntar a si mesma “O que está passando pela minha cabeça neste exato momento?”

P: Posso.

T: Talvez você pudesse anotar alguns desses pensamentos em um pedaço de papel?

P: Claro.

Em sessões posteriores, o terapeuta poderia também ensinar ao paciente explicitamente outras técnicas se a pergunta básica (“O que está passando pela sua cabeça neste exato momento?”) não estiver ajudando o suficiente.

T: Às vezes, você pode não ser capaz de dizer o que você estava pensando. Então, no momento ou mais tarde, você poderá tentar o que nós acabamos de fazer aqui na sessão. Repita a cena tão vividamente quanto você puder na sua imaginação, como se ela estivesse acontecendo agora e concentre-se em como você está. Então, pergunte a si mesmo “O que está passando pela minha cabeça?” Você acha que poderia fazer isso? Ou nós deveríamos praticar de novo?

P: Eu tentarei.

Novamente, se fazer perguntas básicas e experimentar a técnica da construção de imagens não for suficiente, o terapeuta poderia explicitamente ensinar o paciente a formular hipóteses sobre seus pensamentos. Esse método é uma segunda escolha porque é mais provável que o paciente relate uma interpretação posterior em vez de seus pensamentos reais no momento.

T: Se você ainda tiver problemas para descobrir o que estava passando pela sua cabeça, aqui estão algumas outras perguntas [ver Figura 6.2 que você pode fazer para si mesma.

P: Ok.

T: Primeira pergunta: Se eu tivesse que explicar, sobre o que eu acharia que estava pensando? Ou eu poderia ter estado pensando sobre _____ ou _____? Ou eu estava imaginando algo ou lembrando de algo? Ou, finalmente, o que esta situação significa para mim? Ou você poderia tentar identificar qual poderia ser o pensamento oposto para avivar a sua memória.

P: Ok.

T: Que tal experimentar essas perguntas esta semana se você tiver problemas em identificar os seus pensamentos automáticos e se imaginar a situação de novo não ajudar?

P: Bom.

Para resumir, as pessoas com transtornos psicológicos cometem erros previsíveis em seu pensamento. O terapeuta cognitivo ensina os pacientes a identificar seu pensamento disfuncional, então a avaliá-lo e modificá-lo. O processo inicia com o reconhecimento de pensamentos automáticos específicos em situações específicas. Identificar pensamentos automáticos é uma habilidade que vem fácil e naturalmente para alguns pacientes e é mais difícil para outros. O terapeuta precisa escutar cuidadosamente para assegurar que um paciente está relatando pensamentos reais e pode precisar variar seu questionamento quando o paciente não identifica prontamente seus pensamentos. O capítulo seguinte esclarece, entre outras coisas, a diferença entre pensamentos automáticos e emoções.

7

IDENTIFICANDO AS EMOÇÕES

As emoções são de importância primária para o terapeuta cognitivo. Afinal, uma meta importante da terapia é o alívio de sintomas, uma redução no nível de aflição do paciente quando ele modifica seu pensamento disfuncional.

A emoção negativa intensa é dolorosa e pode ser disfuncional quando interfere com a capacidade do paciente de pensar claramente, resolver problemas, agir efetivamente ou obter satisfação. Os pacientes com um transtorno psiquiátrico frequentemente experimentam uma intensidade de emoção que é excessiva ou inapropriada à situação. Sally, por exemplo, sentiu enorme culpa e então tristeza quando teve que cancelar um evento social com sua colega de quarto. Ela ficou também extremamente ansiosa em relação a procurar um professor para pedir ajuda.

Embora o terapeuta possa reconhecer a excessividade ou inadequação de uma emoção, ele se abstém de rotulá-la como tal, especialmente no início da terapia. Ao contrário, ele *reconhece* e *empatiza* com o como o paciente se sente. Ele não desafia ou contesta as emoções do paciente, mas, antes, focaliza em avaliar os pensamentos e crenças disfuncionais por trás da sua aflição, a fim de reduzir sua disforia.

No entanto, o terapeuta não analisa *todas* as situações nas quais o paciente se sente disfórico; a terapia cognitiva visa reduzir a aflição emocional que está relacionada a *interpretações errôneas* de uma situação. Emoções negativas “normais” são tanto uma parte da riqueza da vida quanto emoções positivas e servem a uma função tão importante quanto a dor física, nos alertando para um problema potencial que pode precisar ser abordado.

Além disso, o terapeuta busca aumentar as emoções *positivas* do paciente através de discussão (com frequência é relativamente breve) dos interesses do paciente, eventos positivos que ocorreram durante a semana, memórias positivas e assim por diante. Ele comumente sugere tarefas de casa que visam aumentar o número de atividades nas quais o paciente tende a experimentar domínio e prazer (ver Capítulo 12).

Este capítulo explica como diferenciar pensamentos automáticos de emoções, como distinguir entre emoções, como rotular emoções e como classificar a intensidade das emoções.

■ DISTINGUINDO PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS DE EMOÇÕES

Muitos pacientes não entendem claramente a diferença entre o que eles estão pensando e o que eles estão sentindo emocionalmente. O terapeuta tenta obter o sentido da experiência do paciente e partilha seu entendimento com o paciente. Ele continua e sutilmente ajuda o paciente a ver suas experiências através do modelo cognitivo.

O terapeuta organiza o material que o paciente apresenta nas categorias do modelo cognitivo: situação, pensamento automático e reação (emoção, comportamento e resposta fisiológica). É importante estar alerta para ocasiões em que o paciente confunde pensamentos e emoções. Nesses momentos, com base no fluxo da sessão, suas metas e a colaboração, o terapeuta decide se ignora tal estado totalmente ou se irá abordá-lo posteriormente ou exatamente no momento (quer sutil quer explicitamente).

Às vezes, rotular de modo errôneo um pensamento como um sentimento é relativamente irrelevante em um determinado contexto, sendo melhor abordar a “confusão” ao discutir algo mais tarde. Nesse caso, o terapeuta ignora a confusão totalmente.

TERAPEUTA: Você mencionou, quando nós estabelecemos o roteiro, que desejava falar sobre a conversa telefônica que teve com o seu irmão.

PACIENTE: É. Eu o chamei algumas noites atrás e senti que ele realmente não queria conversar. Ele me pareceu um pouco distante. Eu estava sentindo que ele realmente não se importava com o fato de eu ter ligado ou não.

T: Se fosse verdade que ele realmente não se importa se você telefona ou não, o que isso significaria para você?

Nesse caso, o terapeuta deseja revelar a crença subjacente e então ignora a “confusão” verbal do paciente do sentimento e pensamento. Eles prosseguem avaliando e modificando uma suposição disfuncional chave.

Em uma outra sessão, o terapeuta vê o engano como importante. Ele julga, no entanto, que ajudar a esclarecer o engano naquele momento poderia interromper o fluxo da sessão ou interferir com sua meta para a sessão (ou para aquele segmento da sessão). Nesse caso, ele termina o tópico em discussão e retorna a fazer uma distinção entre pensamentos e emoções posteriormente.

T: Eu gostaria de voltar a algo sobre o que nós falamos há alguns minutos. Lembra quando você estava contando-me que sabia que você deveria ter ido à biblioteca à noite passada, mas não se sentiu disposta a ir?

P: Sim.

T: Em realidade, meu palpite é que você teve *um pensamento* como “Eu não quero ir”, ou “Eu não sinto vontade de ir.” Isso está certo?

P: É, eu pensei: “Eu não sinto vontade de ir.”

T: Que *emoção* veio junto com o pensamento “Eu não sinto vontade de ir?”

P: Eu estava um pouco ansiosa, eu acho.

Em muitos casos, o terapeuta sutilmente corrige o paciente que confundiu pensamentos com emoções.

P: Eu estava deitada na cama, olhando para o teto, sentindo que eu jamais seria capaz de levantar e que me atrasaria para a aula.

T: Então, você estava sentada na cama e teve dois pensamentos: “Eu jamais serei capaz de levantar.” “Eu me atrasarei para a aula.”

P: Sim.

T: E como esses pensamentos a fizeram sentir-se emocionalmente?

Por fim, o terapeuta ocasionalmente decide fazer uma distinção precisa para o paciente, julgando ser importante fazer isso no momento, já que o fluxo da sessão não será indevidamente interrompido e nem dados importantes serão esquecidos.

T: Houve algum momento, nesta semana, em que você pensou sobre fazer a tarefa de casa da terapia?

P: Sim, algumas vezes.

T: Você consegue lembrar de um momento, especificamente?

P: Na noite passada, depois do jantar. Eu estava tirando a mesa quando me dei conta que a nossa consulta era hoje.

T: O que estava passando pela sua cabeça naquele momento?

P: Oh, eu sentia que seria inútil. Que provavelmente não ajudaria.

T: Esses são bons pensamentos. Nós voltaremos para avaliá-los em um minuto, mas primeiro eu gostaria de revisar a diferença entre pensamentos e sentimentos. Ok?

P: Certo.

T: Sentimento é o que você sente *emocionalmente* - como tristeza, raiva, ansiedade e assim por diante. Pensamentos são *idéias* que você tem; você as pensa em palavras, em figuras ou em imagens. Isso está claro para você?

P: Eu acho que sim.

T: Então, voltemos ao momento na noite passada, quando você pensou sobre fazer a tarefa de casa da terapia. Que *emoção* você estava sentindo?

P: Tristeza, eu acho.

T: E que pensamentos você teve?

P: “Não tem jeito. Eu jamais melhorarei.”

T: Então, você teve os pensamentos “Não tem jeito. Eu jamais melhorarei”, e esses pensamentos a fizeram se sentir triste. Isso está certo?

P: Está.

Nos exemplos na transcrição, o paciente de início rotulou pensamentos como sentimentos. Às vezes, o paciente faz o inverso, ou seja, ele rotula uma emoção como um pensamento.

T: Quando você entrou em seu quarto vazio, Sally, o que passou pela sua cabeça?

P: Tristeza, solidão, realmente estava para baixo.

T: Então, você se sentiu triste, sozinha e para baixo. Que pensamento ou imagem a fizeram sentir-se assim?

■ A IMPORTÂNCIA DE DISTINGUIR ENTRE EMOÇÕES

O terapeuta está continuamente conceituando ou reformulando os problemas dos pacientes, tentando entender a experiência e ponto de vista do paciente. Ele tenta descobrir como as crenças subjacentes do paciente deram lugar a pensamentos automáticos específicos em uma situação específica e influenciaram as emoções e o comportamento do paciente. A conexão entre pensamentos, emoção e comportamento deveria fazer sentido para o terapeuta. Ele investiga adicionalmente quando o paciente relata uma emoção *que não parece combinar* com o conteúdo do seu pensamento automático, como na seguinte transcrição.

T: Como você se sentiu quando sua mãe não retornou a sua chamada imediatamente?

P: Eu fiquei triste.

T: O que estava passando pela sua cabeça?

P: E se algo aconteceu com ela? Talvez haja algo errado.

T: E você se sentiu triste?

P: Sim.

T: Eu estou um pouco confuso porque isso me parece mais como pensamentos ansiosos. Havia algo mais passando pela sua cabeça?

P: Eu não tenho certeza.

T: E se nós a fizéssemos imaginar a cena. Você disse que estava sentada perto do telefone esperando que ela chamasse?

(O terapeuta ajuda a paciente a recordar vividamente a cena em forma de visualização.)

P: E, então, eu pensei: “E se algo aconteceu? Talvez haja algo errado.”

T: E o que acontece a seguir?

P: Eu estou olhando para o telefone e fico com os olhos cheios d’água.

T: O que está passando pela sua cabeça neste exato momento?

P: Se algo aconteceu com mamãe, não haveria ninguém disponível que se importasse.

T: “Não haveria ninguém disponível que se importasse”. Como esse pensamento a deixou?

P: Triste. Realmente triste.

Esse diálogo iniciou com uma discrepância. O terapeuta estava alerta e captou uma possível inconsistência entre o conteúdo do pensamento automático e a emoção associada a ele. Ele foi, então, capaz de ajudar a paciente a recuperar um pensamento automático chave utilizando uma lembrança hipotética. Se ele tivesse escolhido focalizar sua atenção nos pensamentos ansiosos, ele poderia ter deixado passar a preocupação mais central do paciente. Embora possa ser útil focalizar um pensamento menos central, encontrar e trabalhar com pensamentos automáticos chave usualmente aceleram a terapia.

■ DIFICULDADE PARA NOMEAR EMOÇÕES

A maioria dos pacientes fácil e corretamente nomeia suas emoções. Alguns, no entanto, exibem um vocabulário relativamente pobre para emoções; outros entendem rótulos emocionais intelectualmente, mas têm dificuldades para denominar suas próprias emoções específicas. Em qualquer desses dois casos, é útil fazer o paciente ligar suas reações emocionais em situações específicas às suas denominações. Projetar um Quadro de Emoção como o da Figura 7.1 ajuda o paciente a aprender a classificar suas emoções mais efetivamente.

Raivosos	Triste	Ansioso
1. Irmão diz que está saindo para ver amigos.	1. Mamãe não retorna a ligação telefônica.	1. Levantando a mão na aula.
2. Colega de quarto não devolve o livro.	2. Encontro no alojamento – ninguém presta atenção em mim.	2. Escrevendo trabalho de economia.
3. Colega de quarto toca música alto demais.	3. “C” na prova do bimestre.	3. Convidar um amigo para ir jantar.

FIGURA 7.1. Quadro de emoções de Sally.

T: Eu gostaria de dispender alguns minutos falando sobre emoções diferentes, para que nós dois possamos entender melhor como você se sente em situações diferentes. Ok?

P: Certo.

T: Você consegue lembrar de um momento em que você se sentiu com raiva?

P: Uh, sim... Quando meu irmão voltou da faculdade e agia de maneira arrogante, como se fosse o máximo... Ele não queria passar nenhum tempo comigo.

T: Você lembra de uma cena específica?

P: Sim. Nas férias de Natal. Eu não o tinha visto desde o Dia de Ação de Graças. Eu pensei que nós iríamos passar um tempo juntos naquele primeiro dia que ele chegou em casa, mas ele disse que estava saindo imediatamente para ir ver os amigos dele.

T: E o que estava passando pela sua cabeça?

P: Quem ele pensa que é? Ele pensa que é tão maravilhoso apenas porque está na faculdade agora.

T: E você se sentiu...

P: Com raiva.

O terapeuta faz a paciente recordar um evento *específico* no qual ela sentiu uma determinada emoção. A partir de sua descrição, aparenta que a paciente identificou corretamente sua emoção. O terapeuta, no entanto, deseja certificar-se, de modo que ele pede a ela para identificar seus pensamentos automáticos. O conteúdo dos pensamentos automáticos de fato combina com a emoção declarada.

A seguir, o terapeuta pede ao paciente para recordar duas outras ocasiões em que ela sentiu raiva. Esse diálogo ocorre bastante rapidamente e o terapeuta não pede por pensamentos específicos porque ele está razoavelmente seguro, a partir de sua descrição, de que ela está nomeando corretamente a sua emoção. Ele segue com uma tarefa.

T: Vamos anotar essas três situações nas quais você sentiu raiva. Aqui, vamos fazer colunas e rotular a primeira “com raiva.” Você pode anotar algumas palavras que descreverão as três situações? (Ver Figura 7.1.)

P: (Anota.)

T: Nós estamos com pouco tempo. Suponha que nós denominemos estas outras duas colunas como “triste” e “ansiosa”. Você poderia ver se você consegue pensar em situações específicas em que você sentiu essas emoções e anotá-las em casa? Você pensa que poderia fazer isso sem muitos problemas?

P: Eu acho que sim.

T: (Verificando se a paciente lembra do embasamento lógico para a tarefa.) Você lembra por que vale a pena dispendar este tempo para diferenciar as suas emoções?

P: Bem, às vezes eu não estou segura de como eu me sinto ou o que está incomodando-me, então fazer isso deveria ajudar.

T: Certo. E talvez você pudesse consultar esta folha durante a semana, quando você perceber que se sente perturbada e tentar identificar que emoção você *está* sentindo. Ok?

P: Certo.

T: Vamos escrever estas coisas na sua folha de tarefas, terminar o Gráfico de Emoções e consultá-lo quando você estiver aborrecida.

Novamente, com a maioria dos pacientes não é necessário usar essa técnica para diferenciar emoções. Outros podem beneficiar-se de uma discussão rápida ao longo das linhas citadas. Alguns poderiam beneficiar-se de uma lista de emoções negativas (ver Figura 7.2) e de uma discussão breve.

■ DIFICULDADE EM CLASSIFICAR O GRAU DE EMOÇÃO

É importante para os pacientes não apenas identificar suas emoções, mas também quantificar o *grau* de emoção que eles estão experimentando. Alguns têm crenças disfuncionais sobre emoção em si, acreditando, por exemplo, que, se eles sentirem uma quantidade pequena de aflição, isso aumentará e se tornará intolerável.

Aprender a classificar a intensidade das emoções auxiliará o paciente a testar essa crença.

Além disso, é importante avaliar se questionar e responder adaptativamente a um pensamento ou crença foi efetivo. O terapeuta e o paciente julgam se uma cognição requer intervenção adicional medindo aproximadamente a queda de intensidade da emoção. Os terapeutas que negligenciam avaliar a mudança de aflição podem erroneamente supor que uma intervenção foi adequada e seguir prematuramente para o pensamento ou problema seguinte. Ou o oposto pode ocorrer; eles podem continuar discutindo um pensamento automático ou crença, não percebendo que o paciente não está mais angustiado por ele.

Triste, para baixo, sozinho, infeliz
Ansioso, preocupado, temeroso, assustado, tenso
Com raiva, furioso, irritado, aborrecido
Envergonhado, embaraçado, humilhado
Decepcionado
Invejoso, com ciúmes
Culpado
Ferido
Desconfiado

FIGURA 7.2. Emoções negativas.

0%	25%	50%	75%	100%
Sem tristeza alguma	Um pouco triste	Medianamente triste	Bastante triste	O mais triste que eu já estive ou poderia imaginar estar

Finalmente, medir a intensidade de uma emoção em uma situação dada ajuda o paciente e o terapeuta a determinar se esta situação garante um exame mais minucioso. Uma situação que é relativamente pouco carregada de emoção pode ser menos útil para discutir do que uma que é mais aflitiva para o paciente, em que crenças importantes podem ter sido ativadas.

A maioria dos pacientes aprende a julgar a intensidade de uma emoção com relativa facilidade, sem um auxílio visual.

T: Como você se sentiu quando seu amigo disse: “Desculpe, eu não tenho tempo agora”?

P: Bastante triste, eu acho.

T: Se 100% é o mais triste que você já se sentiu ou poderia imaginar se sentir e 0 é completamente sem tristeza, quão triste você se sentiu no momento em que ele disse “Desculpe, eu não tenho tempo agora”?

P: Aproximadamente 75%.

Alguns pacientes têm dificuldade em atribuir um número específico à intensidade. O terapeuta poderia, então, desenhar uma escala:

T: Às vezes, é mais fácil lembrar se você se imagina de volta na situação. (*Pede ao paciente para “reviver” a experiência como se ela estivesse acontecendo agora.*) Agora, dê uma olhada nesta escala. Quão triste você acha que se sentiu depois do encontro? Um pouco triste? Medianamente triste? Bastante triste?

P: Oh, em algum lugar entre bastante triste e o mais triste que eu já estive

T: Alguém lugar entre 75 e 100% triste? Que número é mais próximo?

P: Oh, eu acho que 80% triste.

Se o paciente *ainda* tem dificuldade em classificar a intensidade de suas emoções, o terapeuta poderia considerar ajudar o paciente a construir uma Escala de Intensidade Emocional para usar como um guia para classificações futuras (Figura 7.3). O terapeuta escolhe a emoção predominante do paciente e provê um embasamento lógico.

Grau de emoção/ ansiedade	Situações
0%	Assistindo a filme na TV no domingo passado
10%	Imaginando se eu chegaria tarde para a terapia hoje
20%	Dor no lado: apendicite?
30%	Imaginando por que mamãe chamou inesperadamente
40%	Pensando sobre quanto trabalho eu tenho para fazer
50%	Participando da aula quando eu estou certa da resposta
60%	Pensando sobre procurar o auxiliar de ensino
70%	Conversando com amigos sobre a vida após a formatura
80%	Participando da aula quando eu estou insegura da minha resposta
90%	A noite, antes na minha prova bimestral de economia
100%	O acidente de carro do meu pai

FIGURA 7.3. A escala de intensidade emocional de Sally.

T: Às vezes, fazer uma lista de situações específicas que estiveram associadas a uma emoção pode ajudar. Mas, primeiramente, você sabe por que eu estou até mesmo enfatizando isso? Por que poderia ser importante classificar quão intensa é a sua emoção?

P: Você disse, na semana passada, que esse é um meio para saber se vale a pena discutir algo. Então, saber se responder a um pensamento ajudou.

T: Ok. Agora, façamos uma lista das situações nas quais você se sentiu ansiosa. Quando foi o *mais* ansiosa que você já se sentiu ou poderia imaginar sentir-se?

P: Uh.. isso provavelmente foi quando meu pai teve um acidente de carro e eu pensei que ele iria morrer.

T: (*Escreve ou o paciente escreve “Acidente de carro do pai”, na parte de baixo do papel.*) Agora, quando foi o momento em que você não estava nada ansiosa?

P: Oh, eu acho que no domingo, quando eu estava assistindo a um filme na televisão.

T: Nós colocaremos isso na parte de baixo da página (*Faz isso.*) Ok, e quanto a uma situação intermediária?

P: Bem, ontem, quando eu pensei sobre quanto trabalho eu tinha que fazer.

T: (*Escreve esse item próximo ao meio.*) Ok, algum outro momento em que você se sentiu ansiosa?

- P: Quando eu tive uma dor aguda do lado e eu estava preocupada que pudesse ser apendicite.
- T: Ok. Você estava mais nervosa quando teve a dor do lado ou quando estava pensando sobre quanto trabalho você tinha para fazer?
- P: Pensando sobre o meu trabalho. Eu estava apenas um pouquinho nervosa sobre a apendicite. Acabou não sendo nada, de qualquer modo.
- T: (*Escreve "Dor do lado: apendicite" perto do topo da página.*) Ok, alguma outra situação?
- P: Bem, na noite, antes da minha prova de economia.
- T: Onde isso iria?
- P: Abaixo do acidente de carro do meu pai.

Terapeuta e paciente continuam no mesmo caminho até que tenham coletado dez situações de intensidades diferentes. Às vezes, eles precisam reavaliar a intensidade relativa de uma situação. Às vezes, uma situação é eliminada se o paciente julga que ela evoca a mesma intensidade emocional que uma outra situação. Se há tempo insuficiente na sessão para registrar dez situações, o terapeuta pode pedir ao paciente para continuar a tarefa em casa. Quando as situações estão classificadas de não-ansiosas até a mais ansiosa, o terapeuta então designa porcentagens em graus de 10. Ele confirma com o paciente que os números atribuídos correspondem aproximadamente a cada situação. Se não, os números e/ou situações são revisados. A seguir, ele ensina o paciente como usar a escala:

- T: Ok, nós temos a nossa escala agora. Vejamos quão útil ela é. Alguma outra situação surgiu esta semana na qual você verificou que estava ansiosa?
- P: Sim, na noite passada, quando lembrei que eu não tinha terminado a minha tarefa da terapia.
- T: Use a sua nova escala como um guia. Aproximadamente quão ansiosa você se sentiu?
- P: Bem, um pouco mais do que ficar preocupada em chegar tarde para a terapia.
- T: Que número você colocaria nisso?
- P: Aproximadamente 15%, eu acho.
- T: Bom. Eu gostaria que você usasse essa escala como um guia sempre que você estiver tentando descobrir quão ansiosa você está. Você vê quaisquer problemas em fazer isso?
- P: Não. Eu penso que será mais fácil.

■ USANDO A VARIAÇÃO EMOCIONAL PARA ORIENTAR A TERAPIA

O paciente pode não perceber quais são as situações que ele deve trazer para discussão na terapia. O terapeuta pode pedir-lhe para classificar o grau de aflição

que ele sente ou sentiu, a fim de decidir se a discussão de uma determinada situação tende a beneficiá-lo. Na transcrição a seguir, o terapeuta rapidamente percebe que eles provavelmente não obterão muito resultado focalizando uma situação inicial que Sally descreve:

T: Como você se sentiu quando a sua colega de quarto saiu com o namorado dela em vez de sair com você?

P: Triste.

T: Aproximadamente quão triste, de 0 a 100%?

P: Não muito. Talvez 20, 25%.

T: Parece que você não se sentiu tão mal então. Houve algum outro momento, nesta semana, em que você ficou bastante aborrecida com ela?

Em suma, o terapeuta visa obter um quadro claro de uma situação que é perturbadora para um paciente. Ele o ajuda a diferenciar claramente seus pensamentos e suas emoções. Ele empatiza com suas emoções ao longo desse processo e a ajuda a avaliar o pensamento disfuncional que influenciou seu humor.

8

AVALIANDO OS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Os pacientes têm milhares de pensamentos em um dia, alguns disfuncionais, alguns não. Visando à eficácia terapêutica, o profissional seleciona apenas um ou alguns pensamentos chaves para serem avaliados em uma determinada sessão. Este capítulo descreve como selecionar os pensamentos automáticos mais úteis para avaliação, como julgar esses pensamentos e como ensinar aos pacientes um sistema para avaliar os seus próprios pensamentos.

■ DECIDINDO SOBRE FOCALIZAR UM PENSAMENTO AUTOMÁTICO

Um terapeuta pode descobrir alguns ou muitos pensamentos automáticos em uma dada sessão. Tendo descoberto um, como ele decidirá o que fazer a seguir? Ele tem várias opções. Ele pode:

-
1. *Focalizar o pensamento automático.* ("Quanto você deu crédito a esse pensamento?" "Como esse pensamento fez você se *sentir emocionalmente*? "O que você fez após ter tido esse pensamento?")
 2. *Descubra mais sobre a situação associada ao pensamento automático.* ("O que Karen tinha dito para você logo antes de você ter esse pensamento?" "Quando isso aconteceu?" "Onde você estava?" "Conte-me, mas sobre a situação.")
 3. *Explore quão típico o pensamento automático é.* ("Quão freqüentemente você tem esse tipo de pensamento?" "Em que situações?" "Quanto esse tipo de pensamento incomoda você?")
 4. *Identifique outros pensamentos e imagens automáticos nessa mesma situação.* ("Alguma coisa mais passou pela sua cabeça?" "Quaisquer imagens ou figuras?")
 5. *Fazer a resolução de problemas sobre a situação associados com o pensamento automático.* ("Quais são as coisas que você poderia fazer sobre isso?" "Como você lidou com esse tipo de coisa antes?" "O que você gostaria de poder fazer?")

6. *Explore a crença subjacente ao pensamento automático.* ("Se esse pensamento fosse verdadeiro, o que ele significaria para você?")
7. *Passe para outro tópico.* ("Ok. Eu acho que eu entendo isso. Você pode contar-me o que mais aconteceu esta semana?")

Como o terapeuta escolhe entre essas opções? Ele pergunta a si mesmo:

1. O que eu estou tentando alcançar nesta sessão? Trabalhar como esse pensamento nos ajuda a atingir as metas terapêuticas que eu tenho para a sessão?
 2. O que o paciente colocou no roteiro? Focalizar esse pensamento inclui o problema (s) sobre o qual ele deseja trabalhar? Se não, nós teremos tempo suficiente para chegar às preocupações dele? Ele colaborará comigo para avaliar esse pensamento?
 3. Esse é um pensamento importante a ser focalizado? Ele parece significativamente distorcido ou disfuncional? Quão típico ou central ele é? Focalizá-lo ajudará o paciente em outras situações, além dessa? Explorá-lo irá ajudar-me a conceituar melhor o paciente?
-

Sally, por exemplo, estava descrevendo um problema que ela tivera na biblioteca.

TERAPEUTA: O que passou pela sua cabeça quando você não conseguiu encontrar o livro de que precisava?

PACIENTE: Que eles são tão ineficientes lá. O sistema é tão insatisfatório.

T: Como esse pensamento a fez se sentir?

P: Frustrada.

T: Quão frustrada?

P: 90%

T: Então, o que aconteceu?

P: Eu disse "Para o inferno com isso" e voltei para o meu quarto e trabalhei nos meus problemas de química em vez disso.

T: O que aconteceu com o seu humor então?

P: Eu me senti melhor. Eu terminei pedindo emprestado o livro de Lisa. No entanto, eu tenho que devolvê-lo na segunda-feira.

T: Então, você resolveu o problema. Alguma coisa mais importante sobre isso, antes que nós passemos adiante?

Aqui, o terapeuta julga que o pensamento automático, embora aflitivo no momento, não requer discussão adicional porque (1) Sally não estava mais angustiada

por ele, (2) Sally agiu de uma forma funcional, (3) a situação foi resolvida, (4) havia problemas mais prementes no roteiro e (5) Sally previamente não exibiu um padrão disfuncional nesse tipo de situação.

■ FOCALIZANDO UM PENSAMENTO AUTOMÁTICO

Tendo decidido prestar atenção a um pensamento automático, o terapeuta tenta confirmar se vale a pena explorá-lo, perguntando o seguinte:

-
1. Quanto você acredita nesse pensamento agora (de 0 a 100%)
 2. Como esse pensamento a faz sentir-se (emocionalmente)?
 3. Quão forte (de 0 a 100%) é [essa emoção]?
-

Se o grau de crença e aflição é baixo, o terapeuta mais provavelmente sugere passar adiante para algo mais significativo. Se o paciente fortemente acredita no pensamento automático e está significativamente perturbado por ele, o terapeuta aperfeiçoa a imagem fazendo perguntas de acordo com o modelo cognitivo:

-
1. Quando você teve esse pensamento? Em que situação específica?
 2. Que outros pensamentos e imagens aflitivos você teve nessa situação?
 3. [Especialmente para pacientes ansiosos:] O que você percebeu acontecendo no seu corpo?
 4. O que você fez a seguir?
-

Após obter um quadro mais completo, o terapeuta poderia iniciar um ou mais dos seguintes tópicos:

-
1. Conceituar em voz alta ou para si mesmo como o(s) pensamento(s) nessa situação particular encaixa-se em sua conceituação mais ampla do paciente: "Sally, este poderia ser mais um exemplo de como você consistentemente prevê que falhará?"
 2. Use esse pensamento automático para reforçar o modelo cognitivo implícito ou explicitamente (em geral bem cedo na terapia); por exemplo, "Então, quando você estava na biblioteca tentando estudar, teve o pensamento "Eu jamais aprenderei tudo isso." Esse pensamento a deixou triste e a levou a fechar o livro e desistir. Está certo?"
 3. Ajude o paciente a avaliar e responder ao pensamento através de questionamento socrático, como na situação a seguir: "Sally, quais são as *evidências* de que você jamais aprenderá toda a química?"

4. Faça a resolução de problemas com o paciente: “Sally, o que você poderia fazer para aprender melhor essa matéria?”
5. Use a técnica da flecha descendente (ver Capítulo 10, p.148) para descobrir uma crença subjacente: “Sally, se é verdade que não pode aprender toda a química, o que isso significaria para você?”

■ QUESTIONANDO PARA AVALIAR UM PENSAMENTO AUTOMÁTICO

Tendo separado um pensamento automático, determinado que ele é importante e aflitivo e identificado suas reações acompanhantes (emocionais, fisiológicas e comportamentais), o terapeuta pode decidir ajudar o paciente a avaliá-lo. No entanto, *ele não desafia diretamente o pensamento automático*, por duas razões. Primeiro, ele não sabe antecipadamente se qualquer pensamento automático dado é distorcido. Segundo, um desafio direto viola um princípio fundamental da terapia cognitiva, o do empiricismo colaborativo: o terapeuta e o paciente juntos examinam o pensamento automático, testam sua validade e/ou utilidade e desenvolvem uma resposta mais adaptativa. O terapeuta mantém em mente que os pensamentos automáticos poucas vezes são errôneos por completo. Com frequência, eles contêm uma parcela de verdade e é importante reconhecê-la quando existir.

O terapeuta pode utilizar o questionamento dessa primeira sessão para avaliar um pensamento automático específico. Na segunda ou terceira sessão, ele esclarece e explica o processo mais explicitamente:

T: (*Resumindo a parte passada da sessão e escrevendo os pensamentos automáticos no papel para que ambos vejam.*) Então, quando você encontrou a sua amiga, Karen, a caminho da biblioteca, você teve o pensamento: “Ela realmente não se importa com o que acontece comigo.” E esse pensamento a deixou triste?

P: Deixou.

T: E quanto você acreditou nesse pensamento naquele momento?

P: Oh, muito. Uns 90%.

T: E quão triste você se sentiu?

P: Talvez 80%.

T: Você lembra do que nós dissemos na semana passada? Às vezes, os pensamentos automáticos são verdadeiros, às vezes eles acabam não sendo verdadeiros e às vezes eles têm uma parcela de verdade. Nós podemos examinar esse pensamento sobre Karen agora e ver quão preciso ele parece?

P: Ok.

- T: Aqui está uma lista das perguntas que eu gostaria que nós consultássemos. [Ver Figura 8.1] Você pode ficar com esta cópia. Nós examinaremos as primeiras cinco perguntas. Deixe-me perguntar a você que evidências houve de que o pensamento era verdadeiro, de que ela realmente não se importava com o que acontecia com você?
- P: Bem, quando nós passamos por Locust Walk, parecia como se ela estivesse realmente com pressa. Ela apenas disse rapidamente “Oi, Sally, te vejo depois” e continuou andando rápido. Ela mal olhou para mim.
- T: Alguma coisa a mais?
- P: Não... nada que eu consiga lembrar agora. Exceto que, às vezes, ela está bastante ocupada e não tem muito tempo para mim.
- T: Alguma outra coisa?
- P: Não. Eu acho que não.
- T: Ok, agora há qualquer evidência do outro lado, de que talvez ela *de fato* se preocupa com o que acontece com você?
- P: *(Respondendo em termos gerais.)* Bem, ela é bastante simpática. Nós somos amigas desde que a escola começou.
- T: Que tipos de coisas ela faz ou diz que poderiam mostrar que ela gosta de você? *(Ajudando o paciente a pensar mais especificamente.)*
- P: Hummm... ela geralmente pergunta se eu quero sair para jantar com ela. Às vezes, nós ficamos acordadas até bem tarde apenas conversando sobre coisas.
- T: Ok. Então, por um lado, nessa ocasião, ontem, ela passou por você com pressa, não dizendo muita coisa. E houve outros momentos, também, quando

QUESTIONANDO OS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

1. Quais são as evidências?
Quais são as evidências que apóiam essa idéia?
Quais são as evidências contra essa idéia?
2. Existe uma explicação alternativa?
3. Qual é o pior que poderia acontecer? Eu poderia superar isso?
O que é o melhor que poderia acontecer?
Qual é o resultado mais realista?
4. Qual é o efeito da minha crença no pensamento automático?
Qual poderia ser o efeito de mudar o meu pensamento?
5. O que eu deveria fazer em relação a isso?
6. O que eu diria _____ (a um amigo) se ele ou ela estivesse na mesma situação?

FIGURA 8.1. Questionando pensamentos automáticos. Copyright 1993, por Judith Beck, Ph.D.

ela esteve bastante ocupada. Mas, por outro lado, ela a convida para jantar e vocês ficam, às vezes, acordadas até tarde conversando. Certo?

P: Certo.

O terapeuta gentilmente sonda para *descobrir evidências* referentes à validade do pensamento de Sally. Tendo obtido evidências de ambos lados, ele resume o que Sally já disse. Na sessão seguinte, ele ajuda Sally a *criar uma explicação alternativa razoável* para o que aconteceu e pede a ela para *examinar resultados possíveis*.

T: Bom. Agora, examinemos a situação de novo. Poderia haver um outro meio de explicar o que aconteceu, além do fato de ela não se importar com o que ocorre com você?

P: Eu não sei.

T: Ela poderia ter passado por você apressadamente por algum outro motivo?

P: Não tenho certeza. Ela poderia ter tido uma aula. Ela poderia estar atrasada para alguma coisa.

T: Ok. Agora, qual seria o *pior* que poderia acontecer nessa situação?

P: Que ela verdadeiramente não gostasse de mim, eu acho. Que eu não poderia contar com o apoio dela.

T: Você sobreviveria a isso?

P: Sim. Mas eu não ficaria feliz com isso.

T: E o que seria o *melhor* que poderia acontecer?

P: Que ela de fato gosta de mim. Que ela apenas estava com pressa naquele momento.

T: E qual é o *resultado mais realista*?

P: Eu acho que realmente penso que ela ainda gosta de mim.

E, na sessão anterior, o terapeuta ajuda Sally a ver que mesmo se o pior acontecesse, ela superaria isso. Sally também entende que seus piores medos são improváveis de tornar-se realidade. Na sessão seguinte, o terapeuta de Sally a faz *avaliar as consequências de responder e não responder a seu pensamento distorcido* e então a ajuda a *tornar-se orientada à resolução de problemas*, imaginando um plano para melhorar essa situação.

T: E qual é o *efeito do seu pensamento* de que ela não gosta de você?

P: Ele me torna triste. Eu penso que ele me afasta dela de alguma forma.

P: E qual poderia ser o *efeito de mudar o seu pensamento*?

P: Eu me sentiria melhor.

T: E o que você pensa que deveria *fazer* sobre essa situação?

P: Huh... Eu não estou certa do que você quer dizer.

T: Bem, você se afastou dela de alguma maneira desde que isso aconteceu, ontem?

P: É, eu acho que sim. Eu não disse muita coisa quando eu a vi esta manhã.

T: Então, nesta manhã, você ainda estava agindo como se aquele pensamento original fosse verdadeiro. Como você poderia agir diferentemente?

P: Eu poderia conversar mais com ela, ser eu mesma, mais amistosa.

Se o terapeuta de Sally estivesse inseguro das habilidades sociais de Sally ou da motivação para levar adiante esse plano de ser mais efetuosa com Karen, ele poderia ter passado alguns minutos fazendo a Sally perguntas como: Quando você poderia vê-la de novo? Acha que valeria a pena procurá-la você mesma? O que você poderia dizer para ela quando a visse? Há qualquer coisa que você acha que poderia atrapalhá-la de dizer isso? (Se necessário, ele poderia ter destacado algumas coisas para que ela pudesse dizer para Karen e/ou engajado-a em *role-play*.)

Na última parte dessa discussão, o terapeuta avalia quanto Sally agora acredita no pensamento automático original e como ela se sente emocionalmente, a fim de decidir o que fazer, a seguir, na sessão.

T: Bom. Agora, quanto você acredita neste pensamento: “Karen realmente não se importa realmente com o que acontece comigo”?

P: Não muito. Talvez 20%.

T: Ok. E quão triste você se sente?

P: Não muito também. 20%

T: Bom. Parece que esse exercício foi útil. Voltemos agora e vejamos o que nós fizemos que a ajudou.

O terapeuta e a paciente não aplicam todas as perguntas da Figura 8.1 a cada pensamento automático que eles avaliam. Às vezes, nenhuma das perguntas parece ser útil e o terapeuta assume uma abordagem diferente (ver p.127-128). O terapeuta escolhe usar as primeiras cinco perguntas nesse caso porque sua meta para a sessão é demonstrar para o paciente um método estruturado para investigar e responder ao seu pensamento. Ele propositalmente seleciona um pensamento automático que parece ser importante (ou seja, aquele que contribui significativamente para a perturbação da paciente), não é uma área isolada (mas um tema recorrente que tende a vir à tona de novo), parece distorcido e disfuncional e tende a servir como um modelo útil para ensinar o paciente a como avaliar e responder a outros pensamentos no futuro. Ele também observa quão fortemente a paciente acredita no pensamento automático e quão intensa a sua emoção é *antes e depois* do questionamento socrático, de modo que ele pode avaliar quão bem esta intervenção funcionou.

O terapeuta pode decidir revisar o processo apresentado na Figura 8.1 para confirmar que o paciente entende como usá-lo e percebe o seu valor. Ele poderia usar o mesmo exemplo (como o seguinte) e/ou demonstrar com um novo exemplo na sessão seguinte.

T: Revisemos o que nós recém fizemos. Nós começamos com um pensamento automático: “Karen realmente não se importa com o que acontece comigo.”

P: Certo.

T: Então, nós avaliamos esse pensamento usando essas perguntas (ver Figura 8.1). E o que aconteceu com o seu humor?

P: Eu me senti muito menos triste.

T: Você acha que avaliar os seus pensamentos com essas perguntas poderia ajudá-la nesta semana se uma outra situação problemática surgir?

P: Poderia. Mas e se um pensamento vier a ser verdade?

T: Neste caso, nós provavelmente faríamos alguma resolução de problema. Por exemplo, nós poderíamos ter discutido como você mesma poderia abordar Karen esta semana. De qualquer modo, nenhum de nós sabe com antecipação se avaliar um determinado pensamento será útil. Como você se sente sobre tentar usar essas perguntas em algum momento esta semana, quando você tiver identificado um pensamento que a perturbou?

P: Ok, claro.

T: Se você é como a maioria das pessoas, eu devo adverti-la de que usar essas perguntas, às vezes, é mais difícil do que parece. De fato, pode haver momentos em que nós realmente precisamos trabalhar juntos para ajudá-la a examinar um pensamento. Mas experimente e, se você de fato tiver problemas, nós poderemos falar sobre isso na semana que vem, ok?

Aprender a avaliar pensamentos automáticos é uma habilidade. Algumas pessoas a captam imediatamente; outras precisam de muita prática dirigida e repetida. Na transcrição anterior o terapeuta antecipa que Sally poderia ter alguma dificuldade porque ele deseja aliviar sua autocrítica ou se derrotismo. Se ele tivesse suspeitado, apesar de sua advertência, que Sally se julgaria rispidamente por não ser capaz de fazer a tarefa de casa de maneira perfeita, ele teria tratado do assunto mais especificamente.

T: Sally, se você de fato tiver problemas para avaliar seus pensamentos esta semana, como você tenderá a se sentir?

P: Frustrada, eu acho.

T: O que tenderia a passar pela sua cabeça?

P: Eu não sei. Eu provavelmente apenas desistiria.

T: Você pode imaginar-se olhando para a folha da prova e não ser capaz de descobrir o que fazer?

P: Sim.

T: O que está passando pela sua cabeça enquanto você olha para a prova?

P: “Eu deveria ser capaz de fazer isso. Eu sou tão burra.”

T: Bom! Agora, como você vai responder a esses pensamentos?

O terapeuta e Sally lembram de algumas afirmações de enfrentamento que Sally escreve em um cartão.

Pensamentos automáticos

Eu deveria ser capaz de fazer isso. Eu sou tão burra.

Resposta adaptativa

Em realidade, eu não deveria ser capaz de fazer tudo isso. Isso é uma habilidade nova, eu aprenderei a fazer isso eventualmente, mas pode requerer a princípio mais prática com o meu terapeuta. Não tem nada a ver com o fato de eu ser ou não ser burra. Eu estou tentando trabalhar com um pensamento difícil ou eu apenas preciso de mais orientação. De qualquer modo, isso não é uma grande coisa. Nós previmos que isso poderia acontecer.

T: Você pensa que esse cartão a ajudará o suficiente? Ou você pensa que nós deveríamos adiar essa tarefa até que nós tenhamos mais tempo para praticar juntos?

P: Não. Eu acho que eu posso tentar.

T: Ok, agora, se você ficar frustrada e tiver os pensamentos automáticos, certifique-se de anotá-los, ok?

P: Está certo.

Aqui, o terapeuta transforma a tarefa em uma proposta sem perda: Sally a fará com sucesso ou terá alguma dificuldade com a qual o terapeuta poderá ajudá-la na próxima sessão. Se frustrada, ela lerá o cartão (e provavelmente se sentirá melhor) ou monitorará os seus pensamentos para que possa aprender a responder a eles na sessão seguinte.

Finalmente, é importante lembrar que nem todas as perguntas são adequadas para cada pensamento automático. Ademais, usar todas as perguntas, mesmo se todas de fato se aplicam logicamente, pode ser demasiado incômodo e prolongado. O paciente pode não avaliar seus pensamentos na totalidade se ele considera o processo demasiadamente incômodo.

T: Ok, então nós usaremos essas perguntas como um guia esta semana, mas lembre-se de que nem todas serão relevantes. A pergunta 2, em especial, aplica-se, com frequência, a situações nas quais você tem um problema com uma outra pessoa, mas não a todas as situações. No futuro, você não precisará passar por *toda* essa lista de perguntas, mas eu gostaria que você as experimentasse esta semana para certificar-se de que você as entende. Nas próximas duas semanas, nós acrescentaremos mais algumas, ok?

Às vezes, um paciente tem dificuldade em usar as primeiras perguntas da Figura 8.1 porque não consegue examinar seus pensamentos objetivamente. Nesse momento, é útil fazer o paciente distanciar-se dos pensamentos, a fim de avaliá-los mais

racionalmente. Uma técnica de distanciamento é fazer o paciente *imaginar que a situação idêntica está acontecendo com um amigo específico* e que ele está dando o conselho ao amigo. A transcrição a seguir primeiro demonstra a dificuldade de Sally em avaliar um pensamento e mostra como o terapeuta a ajuda a obter uma nova perspectiva através da “pergunta para a amiga.”

T: Ok, resumindo, então, você acaba de tirar um “C-” em um teste surpresa e teve o pensamento “Eu jamais conseguirei terminar (a faculdade)”, o que a tornou bastante triste.

P: Certo.

T: Sally, há alguma outra evidência de que você não poderá terminá-la?

P: Sim, parece que eu não consigo mais me concentrar. Eu apenas leio e releio o meu livro de economia e ele não entra na minha cabeça. Eu tenho uma prova daqui a duas semanas e ainda não comecei a estudar ...

T: Há alguma evidência do outro lado? De que talvez você possa conseguir?

P: Não. Eu acho que não.

Nesse ponto, o terapeuta poderia ajudar Sally a descobrir evidências que ele conhece ou prevê que poderiam estar presentes: “Você não me disse que foi melhor no seu primeiro teste, o que foi anunciado? Isso não é uma evidência de que você pode conseguir? É possível que você pudesse ter ido melhor se o teste tivesse sido anunciado? Você sabe como todos os outros se saíram no teste surpresa? Você não está olhando para a nota como se ela fosse um F em vez de um C-?”

T: Sally, se a sua colega de quarto estivesse na sua situação e recebesse um C- em um teste surpresa de economia e se *ela* tivesse tido o pensamento “Eu jamais conseguirei passar”, o que você diria a ela?

P: Hmmm... Eu não sei.

T: Você concordaria com ela? Você diria: “É, Jane, você provavelmente está certa, você não vai conseguir passar”?

P: Não, em absoluto. Eu acho que eu diria: “Veja, esse foi um teste surpresa, você simplesmente não estava pronta para ele. Se você soubesse dele, provavelmente teria estudado melhor ou buscaria ajuda com o professor-assistente para se sair bem. Isso não significa que você não pode fazer isso. Esse teste apenas a pegou de surpresa.”

T: Ok, agora, daquilo que você diria para a sua colega de quarto, o que se aplica a você?

P: Bem, *foi* uma surpresa. É verdade que eu não estudei muito para ele - quero dizer, passei uma hora olhando para as páginas, mas, se soubesse que era um teste, eu acho que teria me concentrado melhor.

T: Bom. Então, como você pode responder a este pensamento: “Eu jamais conseguirei passar”, se ele surgir de novo?

Nesse caso, o terapeuta fornece um “amigo” para Sally imaginar. Usualmente, no entanto, o terapeuta pede à paciente para fornecer o nome de uma pessoa específica: “Sally, será que você poderia imaginar uma outra pessoa nessa mesma situação, talvez um amigo ou um parente, e imaginar que essa pessoa teve o mesmo pensamento?”

Tendo exitosamente utilizado a técnica, o terapeuta, a seguir, busca maximizar a chance de que Sally a usará por conta própria, então ele explicitamente a ensina para a paciente.

T: Então, foi útil avaliar o pensamento “Eu jamais conseguirei terminar”, afastando isso de você e vendo como você ajudaria a sua colega de quarto com isso, e, por conseguinte, vendo como o seu conselho se aplicaria a você?

P: É. Eu acho que assim eu poderia ver isso mais claramente.

T: Você tem a sua folha da semana passada, aquela com perguntas que ajudam a avaliar pensamentos automáticos? Essa pergunta é a número 6. Se você tiver uma chance esta semana, que tal experimentar essa pergunta para avaliar um pensamento automático? Então, se você tiver qualquer problema ou se você considerar que isso não é útil, nós poderemos discutir da próxima vez.

Finalmente, quando o paciente progrediu na terapia e pôde avaliar seus pensamentos automaticamente, o terapeuta pode, às vezes, apenas pedir a ele para *pensar em uma resposta adaptativa*.

P: [Quando eu estou pronta para pedir a minha colega de quarto para manter a cozinha mais limpa] Eu provavelmente pensarei que eu mesma deveria apenas limpá-la melhor eu mesma.

T: Você pode pensar em algum modo mais adaptativo de ver isso?

P: Posso. Que é melhor para eu saber defender-me. Que eu estou fazendo algo razoável. Eu não estou sendo mesquinha ou pedindo para ela fazer mais do que a parte dela.

T: Bom. O que você acha que acontecerá com a sua ansiedade se você dissesse isso para si mesma?

P: Ela reduzirá.

Alternativamente, se o terapeuta julga que os pensamentos automáticos de um paciente poderiam interferir com seus planos, ele poderia apenas perguntar para o paciente *como ele pode responder* (supondo que ele já é, de alguma maneira, capaz de usar as perguntas supramencionadas).

T: Alguma coisa que você possa pensar que poderia atrapalhá-la de começar a tarefa de estatística?

- P: Eu poderia pensar que há muito a fazer e ficar confusa.
- T: Ok, se você de fato tem o pensamento “Há coisas demais para fazer”, o que você pode dizer para si mesma?
- P: Que eu não tenho que fazer tudo em uma noite, que eu não tenho que entender tudo perfeitamente nesta primeira vez
- T: Bom. Isso será suficiente, você acha que será o bastante ir em frente e iniciar a tarefa?

■ UTILIZANDO QUESTIONAMENTO ALTERNATIVO

O terapeuta cognitivo iniciante é aconselhado a utilizar a Figura 8.1 como um guia ao começar a avaliação dos pensamentos automáticos. Essas perguntas padrão, no entanto, com frequência precisam ser modificadas para pensamentos automáticos específicos. Diversos exemplos de diferentes tipos de perguntas socráticas são descritos por Overholser (1993a, 1993b).

A transcrição a seguir é apenas uma ilustração de como o terapeuta varia seu questionamento quando julga que as perguntas padrão serão ineficientes.

- T: O que passou pela sua cabeça (quando você perguntou para a sua mãe se estava bem para ela abreviar seu tempo juntas e ela se mostrou triste e com raiva)?
- P: Que eu deveria saber que era uma má hora para ligar. Eu não deveria ter telefonado.
- T: Quais são as evidências de que você não deveria ter ligado?
- P: Bem, pela manhã, em geral, minha mãe está apressada. Se eu tivesse esperado até depois do horário em que ela chega em casa, do trabalho, ela poderia ter estado com uma melhor disposição.
- T: Isso ocorreu a você?
- P: Bem, sim, mas eu queria avisar, com antecedência, a minha colega de quarto se eu iria ou não visitar a minha mãe, para que ela pudesse fazer seus planos.
- T: Então, na verdade, você teve uma razão para telefonar naquele momento, mesmo sabendo que seria arriscado falar com sua mãe numa hora tão inoportuna. No entanto, foi necessário, pois você queria deixar sua colega de quarto informada o mais breve possível.
- P: É.
- T: É razoável ser tão severa consigo mesma por assumir o risco?
- P: Não...
- T: Você não parece convicta. Quão ruim é isso, de qualquer modo, no esquema das coisas, a sua mãe sentir-se magoada porque você quer passar parte das suas férias de verão com a sua colega de quarto?

O terapeuta segue essas perguntas com outras: Quão magoada a sua mãe se sentiu? Quanto tempo a mágoa durou e a que nível isso aconteceu? Como provavelmente ela se sente agora? É possível que você poupe sua mãe de mágoa o tempo todo? É possível que você faça o que é bom para você e não magoe a sua mãe em absoluto, uma vez que ela deseja passar o máximo de tempo que puder com você?

É desejável ter uma meta de *já* ferir os sentimentos de alguém mais? Do que você mesma teria que desistir?

T: Voltemos para os pensamentos originais: “Eu deveria saber que era um mau momento para telefonar. Eu deveria ter esperado.” Como você vê isso agora?

P: Bem, não foi uma coisa tão terrível. Ela provavelmente iria sentir-se um pouco magoada, não importa quando eu chamasse porque ela quer passar o máximo de tempo que puder comigo. Mas talvez isso não seja tão bom para mim, sempre fazer o que ela quer e ignorar o que é bom para mim. Eu acho que ela superará isso.

A transcrição anterior demonstra como o terapeuta varia o seu questionamento para ajudar o paciente a adotar uma perspectiva mais funcional. Embora comece questionando a *validade* do pensamento, ele muda a ênfase para a *crença subjacente implícita* (que eles haviam previamente discutido em outros contextos): é ruim magoar outras pessoas. No final, ele faz uma pergunta aberta a Sally (“Como você vê a situação agora?”) para avaliar o efeito do questionamento e para avaliar se seu trabalho complementar sobre o pensamento automático será necessário. Observe que muitas perguntas que o terapeuta fez foram uma variação da pergunta 2, na Figura 8.1: Há uma explicação alternativa (que justificasse o seu telefonema naquele momento e/ou a mágoa de sua mãe [além de você se sentir mal e culpada])?

■ IDENTIFICANDO AS DISTORÇÕES COGNITIVAS

Os pacientes tendem a cometer erros constantes em seu pensamento. Com frequência, há uma tendência sistemática negativa no processamento cognitivo dos pacientes que sofrem de um transtorno psiquiátrico (Beck, 1976). Quando o paciente expressa um pensamento automático, o terapeuta anota (mentalmente, verbalmente ou por escrito) o tipo de erro que ele parece estar cometendo. Os erros mais comuns estão apresentados na Figura 8.2 (ver também Burns, 1980).

Alguns pacientes gostam eles mesmos do desafio intelectual de rotular suas próprias distorções. O terapeuta poderia dar a esse tipo de paciente uma cópia da Figura 8.2.

Embora alguns pensamentos automáticos sejam verdadeiros, muitos são falsos ou apenas possuem algumas parcelas de verdade. Erros típicos de pensamento incluem:

1. *Pensamento do tipo tudo-ou-nada* (também chamado de pensamento preto-e-branco, polarizado ou dicotômico): Você vê uma situação em apenas duas categorias em vez de em um contínuo.

Exemplo: "Se eu não for um sucesso total, eu sou um fracasso."

2. *Catastrofizando* (também denominado adivinhação): Você prevê o futuro negativamente sem considerar outros resultados mais prováveis.

Exemplo: "Eu ficarei tão aborrecida que não serei capaz de agir direito."

3. *Desqualificando ou desconsiderando o positivo*: Você irrazoavelmente diz para si mesmo que experiências, atos ou qualidades positivos não contam.

Exemplo: "Eu fiz bem aquele projeto, mas isso não significa que eu seja competente; eu apenas tive sorte."

4. *Argumentação emocional*: Você pensa que algo deve ser verdade porque você "sente" (em realidade, acredita) isso de maneira tão convincente que acaba por ignorar ou desconsiderar evidências contrárias.

Exemplo: "Eu sei que eu faço muitas coisas certas no trabalho, mas eu ainda me sinto como se eu fosse um fracasso."

5. *Rotulando*: Você coloca um rótulo global e fixo sobre si mesmo ou sobre os outros sem considerar que as evidências poderiam ser mais razoavelmente conduzidas a uma conclusão menos desastrosa.

Exemplo: "Eu sou um perdedor. Ele não presta".

6. *Magnificação/minimização*: Quando você avalia a si mesmo, outra pessoa ou uma situação, você magnifica irracionalmente o negativo e/ou minimiza o positivo.

Exemplo: "Receber uma nota medíocre prova quão inadequada eu sou. Obter notas altas não significa que eu sou inteligente."

7. *Filtro mental* (também denominado abstração seletiva): Você presta atenção indevida a um detalhe negativo em vez de considerar o quadro geral.

Exemplo: "Porque eu tirei uma nota baixa na minha avaliação [que também continha várias notas altas] isso significa que eu estou fazendo um trabalho deplorável."

8. *Leitura mental*: Você acha que sabe o que os outros estão pensando, falhando assim ao considerar outras possibilidades mais prováveis.

Exemplo: "Ele está pensando que eu não sei nada sobre esse projeto."

9. *Supergeneralização*: Você tira uma conclusão negativa radical que vai muito além da situação atual.

Exemplo: “[Porque eu me senti desconfortável no encontro] eu não tenho o que é necessário para fazer amigos.”

10. *Personalização:* Você acredita que os outros estão se comportando negativamente devido a você, sem considerar explicações mais plausíveis para o seu comportamento.

Exemplo: “O encanador foi rude comigo porque eu fiz algo errado.”

11. *Declarações do tipo “eu deveria” e “eu devo”* (também chamadas imperativas): Você tem uma idéia exata estabelecida de como você ou os outros deveriam comportar-se e você superestima quão ruim é que essas expectativas não sejam preenchidas.

Exemplo: “É terrível que eu tenha cometido um erro. Eu deveria sempre dar o melhor de mim.”

12. *Visão em túnel:* Você vê apenas os aspectos negativos de uma situação.

Exemplo: “O professor do meu filho não sabe fazer nada direito. Ele é crítico, insensível e ensina mal.”

FIGURA 8.2. Erros de pensamento. Adaptado com permissão de Aaron T. Beck, M.D.

T: Nós estivemos falando que, quando as pessoas estão aflitas, elas com frequência têm pensamentos que não são verdadeiros ou parcialmente verdadeiros. Certo?

P: Certo.

T: Eu tenho uma lista aqui para dar a você. Ela descreve os erros mais comuns que as pessoas cometem em seus pensamentos. É útil tentar, com frequência, descobrir que erro você poderia estar cometendo porque isso a ajudará a responder melhor ao pensamento. Deixe-me mostrar-lhe a lista para que você possa ver e se gostaria de tentar usá-la.

P: Está certo.

T: Então, aqui estão os doze erros mais comuns. Vejamos se nós podemos identificar qualquer um que você tenha cometido recentemente. O primeiro é o pensamento do tipo tudo ou nada onde você vê as coisas em termos muito contrastantes... Que tal quando você teve este pensamento na semana passada: “Ou eu tiro um A ou eu sou um fracasso?” Você pode ver como isso é bastante categórico e limitado?

P: É...

T: Você consegue pensar em algum outro exemplo? (O terapeuta e o paciente dispendem mais alguns minutos nessa distorção cognitiva. Então, o terapeuta pega uma outra distorção típica do paciente e eles revisam este segundo tipo de erro do mesmo modo.) De qualquer maneira, para tarefa de casa você gostaria de classificar a distorção quando você identifica um pensamento automático? Nós poderemos manter esta folha na nossa frente durante as nossas sessões, também, e ocasionalmente ver se podemos

identificar a distorção quando nós conversamos sobre outros pensamentos automáticos.

Para muitos pacientes, a lista na Figura 8.2 é avassaladora. Nesse caso, o terapeuta poderia rotular e descrever apenas as distorções típicas desse paciente:

T: Bem, nós acabamos de identificar alguns pensamentos automáticos que você teve esta semana sobre o seu emprego, sua saúde e seus filhos. Eu fico pensando se você vê um sentido comum - em cada caso parece que você está prevenindo o pior que poderia acontecer. Isso está certo?

P: Está.

T: Quando as pessoas prevêem o pior, nós chamamos isso de adivinhação ou catastrofização, isto é, acreditar que uma catástrofe poderia acontecer. Você está consciente de catastrofizar muito?

P: Eu acho que provavelmente faço isso.

T: Que tal se você tentasse, esta semana, ficar atento à catastrofização? Quando você escreve um pensamento automático, veja se isso é o que você está fazendo, e se for, escreva “catastrofização” do lado dele.

Uma terceira opção é oferecer a lista de distorções para o paciente mas verificar apenas uns dois ou três erros mais comuns a esse paciente para que ele não se torne confuso tentando focalizar todos. Quando o paciente pode determinar o tipo de distorção que está fazendo, ele pode amiúde avaliar mais objetivamente a validade do seu pensamento. A seção a seguir descreve como ajudar pacientes a avaliar quão *úteis* são seus pensamentos.

■ QUESTIONANDO A FIM DE AVALIAR A UTILIDADE DOS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Alguns pensamentos automáticos podem ser inteiramente válidos ou, apesar da avaliação, um paciente pode ainda acreditar que eles são inteiramente válidos quando não são. Nesses momentos, a *utilidade* do pensamento é avaliada. O terapeuta pode ajudar o paciente a determinar o efeito do seu pensamento (como na pergunta 4 da Figura 8.1) ou perguntar especificamente pelas vantagens e desvantagens de continuar a ter o pensamento, seguido por uma resposta adaptativa (ao pensamento).

T: Sally, você pode estar certa de que suas chances de obter o emprego de verão não são boas. Mas qual é a vantagem de continuamente dizer para si mesma “Eu jamais conseguirei, eu jamais conseguirei”?

P: Bem, eu não ficarei tão decepcionada quando eu não conseguir.

T: E qual é a desvantagem de dizer isso de novo?

P: A desvantagem?

T: Esse pensamento lhe traz grande satisfação? Ele a ajuda a terminar a sua solicitação? Ele aumenta o seu prazer com os estudos?

P: Não.

T: Então, você pode ver que dizer que nunca vai conseguir tem desvantagens?

P: Posso.

T: Então, qual seria uma resposta útil, quando você tem o pensamento “Eu jamais conseguirei o emprego?”

P: Que eu conseguirei o emprego?

T: Bem, eu imagino se isso não poderia ser assumir uma perspectiva *demasiada* ingênua. Que tal lembrar a si mesma da probabilidade de que você conseguirá *algum* trabalho, mesmo que não seja a sua primeira escolha? Então, talvez, você pudesse relembrar a si mesma de focalizar sua atenção no que quer que você esteja fazendo. Você acha que isso poderia ajudar?... Você quer tentar isso esta semana?

Em outro momento, o terapeuta poderia voltar sua atenção para o pensamento “Eu jamais conseguirei o emprego que eu quero” e explorar o sentido subjacente. Nessa sessão, no entanto, ele escolhe explorar a utilidade do pensamento automático. Na sessão seguinte, ele ensina explicitamente o processo para o paciente.

T: Sally, vamos revisar o que nós acabamos de fazer. Nós começamos com o pensamento “Eu jamais conseguirei o emprego de verão que eu quero.” Nós examinamos as evidências de que o pensamento é verdadeiro, mas acontece que não está assim tão claro se sua previsão está provavelmente certa ou não. Então, nós examinamos quão útil o pensamento é. Você lembra de como nós o julgamos?

P: Lembro. Nós examinamos as vantagens e desvantagens.

T: Certo. E descobrindo que ele era bastante desvantajoso, nós criamos um plano sobre como responder a esse pensamento na próxima vez que ele surgir. Então, mesmo quando um pensamento é verdadeiro ou quando você não pode corretamente avaliá-lo, você ainda pode responder a ele, com base em suas desvantagens.

■ CLASSIFICANDO A EFETIVIDADE DA AVALIAÇÃO DOS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Tendo utilizado ou não as perguntas padrão (ou uma experiência comportamental; ver Capítulo 12 para avaliar um pensamento automático, o terapeuta considera a efetividade da avaliação para decidir o que fazer, a seguir, na sessão. Se o paciente não acredita mais tanto no pensamento automático e se sua reação emocional

reduziu significativamente, o terapeuta tem uma indicação de que ele deveria seguir para algo mais adiante.

T: Quanto você acredita agora que Jane ficará e permanecerá com raiva de você se você reclamar do barulho?

P: Não muito. Talvez 25%.

T: E quão preocupada você se sente agora?

P: Menos. Aproximadamente 20%.

T: Bom. Alguma coisa a mais sobre isso? Não? E se nós passássemos adiante para o próximo item no roteiro?

■ CONCEITUANDO POR QUE A AVALIAÇÃO DE UM PENSAMENTO AUTOMÁTICO FOI INEFICAZ

Se o paciente ainda acredita no pensamento automático em um grau significativo e não se sente melhor emocionalmente, o terapeuta busca entender por que essa tentativa inicial de reestruturação cognitiva não foi suficientemente efetiva. Razões comuns para considerar incluem as seguintes:

1. Há outros pensamentos e/ou imagens automáticos centrais que ainda não foram identificados ou avaliados?
2. A avaliação do pensamento automático é improvável, superficial ou inadequada.
3. A paciente não expressou suficientemente a evidência de que ela acredita sustentar o pensamento automático.
4. O pensamento automático em si é também uma crença central.
5. O paciente entende "intelectualmente" que o pensamento automático é distorcido, mas não acredita nele em um nível mais "emocional".
6. O paciente desconsidera a avaliação.

Na primeira situação, *o terapeuta não separou o pensamento ou a imagem mais central*. Sally, por exemplo, relata o pensamento: "Se eu me inscrever (para o jornal da escola), eu provavelmente não conseguirei." Avaliar esse pensamento não afeta significativamente sua disforia porque ela tem outros pensamentos importantes (porém não reconhecidos): "E se eles [os editores] pensarem que eu sou uma má escritora?" "E se eu escrever alguma coisa realmente ruim?" Ela também tem uma imagem dos editores lendo o seu artigo com expressões irônicas.

Em uma segunda situação, *a paciente responde a um pensamento automático superficialmente*. Sally teve o pensamento "Eu não terminarei todo o meu trabalho. Eu tenho coisas demais para fazer." Em vez de cuidadosamente avaliar o pensamento,

Sally meramente responde: “Não, eu provavelmente conseguirei terminá-lo.” Essa resposta é insuficiente e a ansiedade de Sally não reduz.

Em uma terceira situação, *o terapeuta não obteve suficientemente as evidências do paciente de que seu pensamento automático é verdadeiro*, resultando em uma resposta adaptativa não-efetiva, conforme observado aqui:

T: Ok, Sally, que evidências você tem de que o seu irmão não deseja incomodar-se com você?

P: Bem, ele quase nunca mais me telefona. Eu sempre telefono para ele.

T: Ok, alguma evidência oposta? De que ele de fato se preocupa com você e de que ele deseja ter um bom relacionamento com você?

Se o terapeuta de Sally tivesse sondado um pouco mais, teria descoberto outras evidências que ela tinha para apoiar seu pensamento automático: que seu irmão passava mais tempo com a namorada durante as férias do que com Sally, que ele parecia impaciente no telefone sempre que ela chamava e que ele não lhe enviara um cartão de aniversário. Tendo retirado esses dados adicionais, o terapeuta poderia ter ajudado Sally a pesar as evidências mais efetivamente e investigar explicações alternativas para o comportamento do irmão.

Em uma quarta situação, *a paciente identifica um pensamento automático que é também uma crença central*. Com frequência Sally tem o pensamento “Eu sou incompetente.” Ela acredita nessa idéia tão fortemente que uma única avaliação não altera sua percepção ou o afeto associado. Seu terapeuta precisa usar muitas técnicas ao longo do tempo para alterar essa crença (ver Capítulo 11).

Em uma quinta situação, *a paciente indica que ela acredita em uma resposta adaptativa “intelectualmente” em seu raciocínio, mas não “emocionalmente” em seu coração*. Nesse caso, o terapeuta e o paciente precisam explorar uma crença articulada que se encontra *por trás* do pensamento automático.

T: Quanto você acredita que o professor não pensará que você está desperdiçando o tempo dele e, mesmo se ele pensar, que esse é o trabalho dele?

P: Bem, eu posso entender isso intelectualmente.

T: Mas?...

P: Embora eu pense que ele deva me ajudar, eu ainda penso que ele pensará que eu estou desperdiçando o seu tempo.

T: Ok, suponhamos, por um momento, que ele *de fato* pense que você está desperdiçando o tempo dele - o que há de tão ruim nisso? Aqui o terapeuta de Sally descobre que ela, em realidade, não acredita na resposta adaptativa e descobre assim uma crença subjacente: se eu pedir ajuda, isso significa que eu sou fraca.

Em uma sexta situação, a paciente desconsidera a resposta adaptativa.

T: Quanto você acredita que o professor não pensará que você está desperdiçando o tempo dele ou, se ele pensa, de qualquer forma é para isso que ele está sendo pago?

P: Eu de fato acredito, mas ...

T: Mas?...

P: Mas eu ainda penso que deveria resolver isso sozinha.

T: Bem, essa é uma outra possibilidade, talvez você devesse. Nós deveríamos examinar racionalmente se é melhor para você trabalhar sozinha ou procurá-lo para pedir ajuda?

P: Está certo.

Desconsiderar a resposta adaptativa freqüentemente assume a forma de uma declaração “sim, mas...”: “Sim, eu acredito (nesta resposta), mas...” A declaração “sim, mas...” pode, então, ser tratada como um outro pensamento automático e ficar sujeito à avaliação racional.

Resumindo, tendo avaliado um pensamento automático, o terapeuta pede ao paciente para classificar quanto ele acredita na resposta adaptativa e como ele se sente emocionalmente. Se sua crença é baixa e ele ainda está aflito, o terapeuta tenta conceituar por que o exame do pensamento não aliviou a aflição. O capítulo, a seguir, descreve como ajudar os pacientes a responder aos seus pensamentos automáticos.

9

RESPONDENDO AOS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

O capítulo anterior demonstrou o uso de questionamento para ajudar um paciente a avaliar um pensamento automático e determinar a efetividade da avaliação. Em muitos casos, o terapeuta escolhe seguir essa interação verbal com uma outra intervenção para fortalecer um ponto de vista mais adaptativo. Essa atividade de seguimento com frequência é uma resposta escrita que o paciente pode ler como tarefa de casa. Escrever aprendizados importantes durante a sessão de terapia não apenas reforça novos entendimentos no momento, mas também proporciona uma oportunidade ao paciente para consultar importantes notas de terapia semanas e meses (e até mesmo anos) após o final do processo terapêutico. Este capítulo descreve o Registro de Pensamento Disfuncional, a principal ferramenta para que os pacientes os avaliem e respondam por escrito aos seus pensamentos automáticos e outros métodos.

■ REGISTRO DE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS

O Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD), também conhecido em uma versão anterior como Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais (Beck et al., 1979), é uma minuta que ajuda o paciente a responder mais efetivamente a seus pensamentos automáticos, reduzindo sua disforia (ver Figura 9.1). Alguns pacientes a usam de forma bastante consistente. Outros, apesar dos melhores esforços do terapeuta, não conseguem ou não estão dispostos a escrever seus pensamentos e, então, raramente o usam. A maioria dos pacientes se encaixa em algum lugar no meio, ou seja, com a instrução e o encorajamento apropriados do terapeuta, eles usam os RPDs de forma bastante regular. Se o terapeuta julga que um paciente pode sentir-se confuso pelo formato do RPD, ele pode ensinar o paciente a usar as perguntas descritas no Capítulo 8, Figura 8.1.

Os pacientes tendem mais a usar o RPD quando ele é adequadamente apresentado, demonstrado e praticado. Algumas diretrizes são sugeridas:

- 1.O próprio terapeuta deveria ter dominado o RPD (com seus próprios pensamentos automáticos) antes de apresentá-lo a um paciente.

Instruções: Quando você percebe que seu humor está piorando, pergunte a si mesmo "O que está passando pela minha cabeça agora?" e o mais brevemente possível anote o pensamento ou imagem mental na coluna Pensamento Automático.					
Data/Hora	Situação	Pensamento(s) e/ou imagem(ns) passou pela sua cabeça?	Emoção(ões)	Respostas adaptativas	Resultado
	1. Que evento real, fluxo de pensamentos, devaneios ou recordação levou à emoção desagradável? 2. Qual (se houver) sensação física afitiva você teve?	1. Que pensamento(s) e/ou imagem(ns) passou pela sua cabeça? 2. Quanto você acreditou em cada um no momento?	1. Que emoção(ões) (tristeza/ansiedade/raiva, etc.) você sentiu no momento? 2. Quão intensa (0-100%) foi a emoção?	1. (opcional) Que distorção cognitiva você realizou? 2. Use as perguntas na parte de baixo para compor uma resposta ao(s) pensamento(s) automático(s). 3. Quanto você acredita em cada resposta?	1. Quanto você acredita agora em cada pensamento automático? 2. Que emoção(ões) você sente agora? Quão intensa (0-100%) é a emoção? 3. O que você fará (ou fez)?
Sexta, 23/02 10h da manhã	Conversando no telefone com Donna	Eu não deve mais gostar de mim. 90%	Triste 80%		
Terça, 27/02 meia-noite	Estudando para o meu exame	Eu jamais aprenderei isso. 100%	Triste 95%		
Quinta, 29/02 5h da tarde	Pensando sobre a minha aula de economia amanhã	Eu poderia ser chamada e eu não daria uma boa resposta. 80%	Ansiosa 80%		
	Percebendo meu coração bater forte e o meu problema em concentrar-me	O que há de errado comigo?	Ansiosa 80%		
Perguntas para ajudar a compor uma resposta alternativa: (1) Quais são as evidências de que o pensamento automático é verdadeiro? Não-verdadeiro? (2) Há uma explicação alternativa? (3) Qual é o pior que poderia acontecer? Eu poderia superar isso? Qual é o melhor que poderia acontecer? Qual é o resultado mais realista? (4) Qual é o efeito da minha crença no pensamento automático? Qual poderia ser o efeito de mudar o meu pensamento? (5) O que eu deveria fazer em relação a isso? (6) Se _____ [nome do amigo] estivesse na situação e tivesse esse pensamento, o que eu diria para ele?					

FIGURA 9.1. Registro de pensamento disfuncional. Copyright 1995, por Judith S. Beck, Ph.D.

- 2.O terapeuta deveria planejar introduzir o RPD em dois estágios, no transcorrer de uma ou mais sessões. O Estágio 1 cobre as primeiras quatro colunas; o Estágio 2, as últimas duas colunas.
- 3.O terapeuta deveria apurar se um paciente realmente capta e acredita no modelo cognitivo antes de introduzir o RPD (de outro modo, o paciente não entenderá o valor de identificar e avaliar seus pensamentos).
- 4.O paciente deveria demonstrar habilidade de identificar seus pensamentos e emoções automáticos antes de ser apresentado ao RPD. Ele deveria ser capaz de expor a situação, suas emoções e sua resposta fisiológica sem confundir essas três com pensamentos automáticos. Se ele não tem um entendimento claro e habilidade para diferenciar esses fenômenos, mais provavelmente experimentará dificuldades com o RPD. Sendo assim, o terapeuta deveria verbalmente retirar vários exemplos importantes claros de situações específicas com seus pensamentos automáticos e emoções associados antes de demonstrar como registrar tais dados em um RPD.
- 5.O paciente deveria demonstrar sucesso em completar as primeiras quatro colunas por conta própria com várias discussões diferentes antes de ser introduzido às duas últimas colunas.
- 6.O terapeuta deveria ter avaliado verbalmente pelo menos um pensamento automático importante com um paciente e ter produzido alguma redução de disforia antes de demonstrar como completar as duas últimas colunas.
- 7.Se o paciente falha em realizar tarefas de casa usando o RPD, o terapeuta deveria obter os seus pensamentos automáticos sobre fazer o RPD em si, ajudar com a resolução prática de problemas, propor executar um RPD como experiência, considerar a manifestação de seu próprio uso do RPD e de outro modo motivar o paciente.

Tendo identificado uma situação problemática, o terapeuta primeiro ajuda o paciente a identificar os pensamentos automáticos específicos e as emoções associadas apenas através do questionamento verbal. Ele poderia escolher esses exemplos para ilustrar o uso do RPD. Se o terapeuta apresenta o RPD sem primeiro identificar satisfatoriamente uma situação importante, pensamentos e emoções automáticos, ele corre o risco de confundir o paciente, se ele subsequente não consegue identificar corretamente esses itens.

Na sessão a seguir, o terapeuta já apurou o conteúdo das primeiras quatro colunas do RPD para um pensamento automático específico antes que ele apresente ao paciente um RPD em branco.

TERAPEUTA: Ok, Sally, deixe-me certificar-me de que eu entendo. A situação foi que a sua amiga do segundo grau, Donna, ligou e disse que não poderia vir neste fim de semana. Você teve o pensamento “Ela não deve mais gostar de mim” e você se sentiu triste. Está certo?

PACIENTE: Sim.

T: Bom. Agora, em alguns minutos, eu gostaria que nós avaliássemos este pensamento, mas primeiro quero mostrar a você uma minuta que eu penso que lhe ajudará. Ela é chamada de RPD - Registro de Pensamentos Disfuncionais - e é apenas uma forma organizada de responder a pensamentos que estão afligindo você. Ok? (Mostra a Figura 9.1.)

P: Certo.

T: Aqui está. Hoje, nós nos concentraremos nas primeiras duas colunas, então eu apenas riscarei as duas últimas, que serão examinadas em uma outra sessão. Agora, antes de começar, eu tenho que contar a você duas coisas. Primeiro, a ortografia, a caligrafia e gramática não importam.

P: (Ri.)

T: Segundo, esta é uma ferramenta útil e pode ser necessário alguma prática prévia para que você fique realmente boa nisso. Então, admita poder cometer alguns erros pelo caminho. Esses erros serão em realidade úteis – nós veremos o que estava confuso para que você possa, na próxima vez, fazer melhor. Está bem?

P: Huh huh.

T: Ok. E se nós usarmos como exemplo o seu pensamento: “Ela não deve mais gostar de mim”. A primeira coluna é fácil de ser preenchida. Quando você teve esse pensamento?

P: Hoje. Esta manhã.

T: Ok. Na primeira coluna, coloque a data de hoje e a hora aproximada.

P: (Faz isso.)

T: Você poderia colocar o dia da semana também? Eu acho que isso tornará mais fácil para nós quando o consultarmos de novo. Agora, nesta segunda coluna, você escreve a situação. Quando você teve o pensamento “Ela não deve mais gostar de mim”, você estava no telefone com ela ou você o teve depois?

P: Foi enquanto eu estava falando com ela.

T: Ok. Abaixo de situação você poderia escrever “Conversando no telefone com Donna.” Se você tivesse tido o pensamento depois, você poderia ter escrito “Pensando sobre a minha conversa no telefone com Donna.” Então, a situação pode ser um evento real ou o que você está pensando ou imaginando na sua cabeça. Isso está claro?

P: Eu acho que sim.

T: Bem, nós analisaremos muitos exemplos para que isso se torne mais claro para você. Você também verá que as perguntas no topo da coluna lhe ajudam. Também há um terceiro tipo de situação, caso o seu pensamento automático seja sobre como você está se sentindo, emocional ou fisicamente. Por exemplo, a situação poderia ser “Perceber que eu me sinto triste”, e o pensamento poderia ser “Eu não deveria estar assim. Eu sou um caso perdido.”

P: Tá. Eu acho que entendi.

T: Agora, a próxima coluna é para pensamentos automáticos. Aqui é onde você escreverá as palavras ou figuras reais que passaram pela sua cabeça. Nesse caso, você teve o pensamento “Ela não deve mais gostar de mim.”... Quanto você acreditou no pensamento naquele momento?

P: Muito: 90%

T: Bom. Escreva o pensamento e o grau percentual (90%) do lado dele... E na quarta coluna, você escreve a sua emoção e quão intensa ela foi. Nesse caso, quão triste você se sentiu?

P: Bastante triste: 80%.

T: Ok, escreva isso. E se nós tentássemos isso de novo? Você lembra de um outro momento, nesta semana, quando você percebeu o seu humor mudando?

P: Claro... Hoje, eu estava procurando um livro na biblioteca. Comecei a me sentir realmente triste.

T: Ok, voltemos para aquele momento. Agora, é mais cedo, você está na biblioteca, procurando um livro. Você começa a sentir-se realmente triste e agora você se faz a pergunta no topo do RPD: “O que está passando pela minha cabeça agora?” (Faz um círculo e/ou realça essa pergunta no RPD.)

P: Eu jamais conseguirei ficar aqui. Eu nunca consigo encontrar o livro que eu preciso.

T: Ok, vejamos se você mesma pode preencher as primeiras quatro colunas do RPD e eu a ajudarei se for necessário.

Quando um paciente conclui de forma satisfatória as primeiras quatro colunas com pouca ou nenhuma assistência na sessão terapêutica, o profissional pode colaborativamente estabelecer uma tarefa de casa de acompanhamento.

T: Ok, Sally, como você se sentiria sobre tentar preencher as primeiras quatro colunas algumas vezes, esta semana, como tarefa de casa? Você usará uma mudança no seu humor como indício para pegar esta minuta e perguntar-se o que está passando pela sua cabeça, exatamente como diz aqui em cima.

P: Ok.

T: Deixe -me lembrá-la de duas coisas. Primeiro, você não tem que preencher em ordem da esquerda para a direita. Às vezes, é mais fácil identificar a emoção que você está sentindo primeiro – tristeza, ansiedade, raiva e assim por diante – e escrevê-la antes da identificação do pensamento automático que você acabou de ter. Você também lembrará que isso é uma habilidade e você pode não fazê-lo perfeitamente na primeira vez que você tentar, ok? Mas quanto mais você praticá-la, melhor você se tornará nisso e mais útil ela poderá ser.

P: Ok.

T: Você acha que esta semana você poderia tentar escrever um pensamento automático por dia?

P: Eu tentarei.

Na sessão seguinte, o terapeuta nota que Sally faz alguma confusão entre situações e pensamentos automáticos, respostas fisiológicas e emoções (ver parte inferior da Figura 9.1), então ele adia a apresentação das duas últimas colunas e em vez disso revisa o RPD que Sally fez como tarefa de casa.

T: Ok, vamos dar uma olhada neste RPD que você fez em casa. Esse primeiro exemplo parece bom. Na terça-feira, você estava estudando para um exame; você teve o pensamento “Eu jamais aprenderei isso”, no qual você acreditou 100% e, então, sentiu-se 95% triste. Bom. Se nós tivermos tempo hoje, avaliaremos esse pensamento, mas primeiro vamos conversar sobre esse segundo item que você escreveu.

P: Eu não fiz isso certo. Eu não consegui identificar qual era o meu pensamento automático.

T: Ok, vamos examiná-lo. Eu vejo que ele foi ontem por volta das 5 horas. O que você estava fazendo?

P: Bem, eu deveria estar estudando, mas eu não consegui me concentrar muito bem. Eu estava andando pelo meu quarto.

T: Sobre o que você estava pensando?

P: Sobre a aula de economia que eu tive hoje. Eu pensei que poderia ser chamada e tinha certeza de que eu não daria uma boa resposta.

T: Oh, então você teve o pensamento “Eu poderia ser chamada e eu não daria uma boa resposta.”

P: É.

T: Bom. Escreva isso sob “pensamento automático.” ... Agora, no momento, quanto você acreditava nesse pensamento?

P: Uns 80%.

T: Ok. Escreva isso... Agora, como esse pensamento a faz se sentir?

P: Ansiosa. Meu coração começou a bater rápido.

T: Quanto ansiosa, de 0 a 100%?

P: Uns 80%.

T: Escreva isso sob emoção: ansiosa, 80%. Agora, sob situação, escreva “Pensando sobre a aula amanhã.” ... Ok, parece que “coração batendo rápido” e “dificuldade de concentração” foram sintomas de ansiedade. Alguma coisa passou pela sua cabeça a respeito desses sintomas?

P: Sim. Eu estava pensando “O que há de errado comigo?”

T: Ok. Então, uma segunda situação foi perceber o seu coração batendo rápido e ter problemas para concentrar-se, e o pensamento automático foi “O que há de errado comigo?” Você também pode anotar essas coisas?

Na sessão seguinte, o terapeuta observa que Sally dominara as primeiras quatro colunas do RPD, conforme evidenciado por sua tarefa de casa. Uma de suas metas para a sessão, se a oportunidade surgisse, era ensinar Sally a usar as duas últimas colunas. Ele utiliza as perguntas na parte inferior do RPD para ajudá-la a avaliar um dos pensamentos que ela escrevera para a tarefa de casa (ver Figura 9.2). Ele faz isso, em princípio, verbalmente, para certificar-se de que é efetivo o uso dessas perguntas.

T: Ok, agora vejamos se você pode transferir algo do que nós acabamos de falar para o RPD. Que distorção cognitiva nós diremos que você fez?

P: Adivinhação.

T: Ok, você pode escrever isso no topo da quarta coluna, que é chamada “resposta adaptativa.” Você vê as instruções para essa coluna? Escrever o tipo de distorção cognitiva é opcional.

P: Ok.

T: A seguir, você usa as perguntas na parte inferior do RPD para avaliar o seu pensamento e compor uma resposta adaptativa na coluna 4. Essas perguntas são as mesmas que nós usamos há um minuto, quando fizemos isso verbalmente.

P: Ok.

T: Primeiro, nós examinamos as evidências, e o que você concluiu?

P: Que eu realmente não sei se o Bob quer sair ou não. Que ele de fato age de forma amistosa comigo na aula.

T: Ok, escreva essas duas coisas na quinta coluna... Agora, quanto você acredita em cada declaração?

P: Oh, bastante: 90%.

T: Bom. Coloque 90% do lado de cada declaração... A seguir, nós examinaremos as conseqüências. Qual é o melhor resultado, o pior e o mais realista? *(A paciente continua a escrever a resposta adaptativa e seu grau de crença em cada declaração.)* Bom. Agora, vamos examinar a última coluna. Quanto você acredita no seu pensamento automático agora?

P: Talvez 50%.

T: E como você se sente agora?

P: Não tão triste. Mas mais ansiosa.

T: Ok, na última coluna escreva “PA.” para pensamento automático e do lado, 50%. Então, escreva “triste” e classifique o grau de tristeza de 0 a 100%.

P: *(Faz isso.)*

T: Agora, talvez nós devêssemos examinar o pensamento que a está tornando ansiosa.

A seguir, o terapeuta poderia fazer o paciente praticar o RPD com um outro pensamento automático, estabelecer uma tarefa para casa utilizando o RPD ou passar para um outro tópico.

Instrução: Quando você perceber o que seu humor piorando, pergunte a si mesmo “O que está passando pela minha cabeça agora?” e, assim que possível, anote o pensamento ou imagem mental na coluna Pensamento Automático.					
Data/Hora	Situação	Pensamento(s) automático(s)	Emoção(ões)	Respostas adaptativas	Resultado
	1. Que evento real, fluxo de pensamentos, devaneios ou recordações levaram à emoção desagradável? 2. Qual (se houver) sensação física afliu a você teve?	1. Que pensamento(s) e/ou imagem(ns) passou pela sua cabeça? 2. Quanto você acreditou em cada um no momento?	1. Que emoção(ões) (tristeza/ ansiedade/raiva, etc.) você sentiu no momento? 2. Quão intensa (0-100%) foi a emoção?	1. (opcional) Que distorção cognitiva você realizou? 2. Use as perguntas abaixo para compor uma resposta ao(s) pensamento(s) automático(s). 3. Quanto você acredita em cada resposta?	1. Quanto você acredita agora em cada pensamento automático? 2. Que emoção(ões) você sente agora? Quão intensa (0-100%) é a emoção? 3. O que você fará (ou fez)?
Sexta, 08/03 3h da tarde	Pensando sobre perguntar ao Bob se ele quer tomar café	Ele não vai querer ir comigo. 90%	Triste 75%	<i>(Erro de addivição)</i> <i>Em realidade eu não sei se ele quer ou não (90%)</i> <i>Ele é afetuoso comigo na aula (90%)</i> <i>A pior coisa que acontecerá é que ele dirá não e eu me sentirei mal por algum tempo (90%)</i> <i>O melhor é que ele dirá sim (100%)</i> <i>O mais realista é que ele pode dizer que está ocupado, mas ainda agir de forma amigável (80%)</i> <i>Se eu continuar supondo que ele não quer sair comigo, eu não terei nenhuma chance com ele (100%)</i> <i>Eu deveria apenas levantar e perguntar a ele (100%)</i> <i>O que é que tem de mais, de qualquer forma? (75%)</i>	1. P.A. - 50% 2. Tristeza - 50% 3. Ansiedade - 50%
Perguntas para ajudar a compor uma resposta alternativa: (1) Qual é a evidência de que o pensamento automático é verdadeiro? Falso? (2) Há uma explicação alternativa? (3) O que é o pior que poderia acontecer? Eu poderia superar isso? O que é o melhor que poderia acontecer? Qual é o resultado mais realista? (4) Qual é o efeito de eu acreditar no pensamento automático? Qual poderia ser o efeito de eu mudar o meu pensamento? (5) O que eu deveria fazer em relação a isso? (6) Se _____ [nome do amigo] estivesse na situação e tivesse esse pensamento, o que eu diria para ele?					

FIGURA 9.2. Registro de pensamento disfuncional. Copyright 1995, por Judith S. Beck, Ph.D.

■ MOTIVANDO OS PACIENTES A USAR OS REGISTROS DE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS

Alguns pacientes imediatamente são atraídos para o Registro de Pensamentos Disfuncionais e consistentemente o usam quando se sentem perturbados. Para outros, o diálogo a seguir pode ajudar:

T: Bem, Sally, parece que se esse RPD (o que eles acabaram de fazer juntos) lhe ajudou. Sua tristeza baixou de 75% para 50%.

P: É.

T: Você acha que usar esse formulário poderia ajudar você no futuro?

P: Acho.

T: Você já está bastante bem em avaliar e responder aos seus pensamentos na sua cabeça, mas a maioria das pessoas considera muito mais efetivo colocá-los no papel. O que você acha?

P: Eu acho que ajudaria.

T: Quão propensa você está para tentar isso em casa esta semana?

P: Eu acho que poderia tentar.

T: Você sabe, ocasionalmente ainda faço os RPDs eu mesmo quando acho que estou reagindo exageradamente. Eu considero muito mais útil fazê-lo no papel do que apenas fazê-lo mentalmente. Mas nós em realidade não sabemos se isso também é verdade para você. Como você se sentiria sobre fazer uma experiência? Pelo menos uma vez esta semana, você poderia responder adaptativamente aos seus pensamentos na sua cabeça. Veja como isso afeta o seu humor. Então, pegue o RPD e coloque tudo no papel e veja se você se sente ainda melhor. O que você acha?

P: Tá bom.

T: Quão provável é que você tentará essa experiência?

P: Eu tentarei.

A fim de encorajar o paciente a experimentar o RPD, o terapeuta pede ao paciente para fazer uma experiência. Se ele retorna na semana seguinte com um registro de pensamento preenchido corretamente (que foi efetivo para modificar seu humor), ele pode não precisar de motivação adicional. Se ele não preencheu um RPD, não o fez corretamente ou não experimentou uma melhora de humor, o terapeuta tentará determinar por que as dificuldades surgiram e planejar a atividade novamente de acordo com elas. Às vezes, sugestões do tipo senso comum facilitam o caminho:

P: Eu sei que provavelmente terei um monte de pensamentos automáticos durante a aula, mas não posso escrever um RPD naquela hora e lugar.

T: Isso é verdade. Você acha que poderia ajudar prever um pensamento perturbador típico antecipadamente e escrever um RPD *antes* da aula? Ou talvez você pudesse apenas anotar os pensamentos automáticos em um pedaço de papel durante a aula e transferi-los para um RPD mais tarde.

P: Bem, antecipar um pensamento perturbador e escrevê-lo em um RPD provavelmente ajudaria para que talvez eu não começasse a aula tão ansiosa, mas, a menos que eu estivesse vindo da terapia, não teria um comigo.

T: Algumas pessoas carregam um RPD em branco em sua carteira. Isso funcionaria para você?

P: Sim. Eu acho que o único problema seria *onde* escrevê-lo. Eu não gostaria que ninguém mais o visse.

T: Às vezes, você tem que ser criativa. Algumas pessoas o fazem em sua escrivaninha como qualquer outro trabalho com papéis, no carro ou até mesmo no banheiro. Que tal se você pensasse em algo semelhante? Se tiver problemas ou se você ainda estiver preocupada sobre outras pessoas verem você, nós poderemos falar mais sobre isso na semana que vem.

Uma discussão das preocupações do paciente na sessão seguinte poderia envolver identificação de pensamentos e imagens automáticos sobre outros vendo o RPD, sobre desânimo relacionado a ser capaz de sentir-se melhor, sobre não desejar empreender o esforço necessário para modificar seu humor ou outras idéias disfuncionais que poderiam atrapalhar o paciente ao fazer o RPD.

■ QUANDO O REGISTRO DE PENSAMENTO DISFUNCIONAL NÃO É SUFICIENTEMENTE ÚTIL

Como ocorre com qualquer técnica em terapia cognitiva, é importante não superenfatizar sua importância. A maioria dos pacientes, em algum momento, considera que preencher um RPD particular não surtiu muito alívio. Enfatizando sua utilidade *geral* e os “pontos emperrados” como uma oportunidade para aprender, o terapeuta ajuda o paciente a evitar pensamentos automáticos de autocrítica, de crítica à terapia, do terapeuta ou do próprio RPD.

Dependendo do paciente em questão, o terapeuta poderia explicar razões comuns pelas quais um RPD não reduziu significativamente a sua disforia. Conforme descrito no capítulo anterior, a avaliação de um pensamento automático (com ou sem um RPD) pode ser menos do que idealmente efetiva se o paciente falhou em responder a seu pensamento ou imagem mais perturbador, se seu pensamento automático era uma crença central ou ativou uma crença subjacente, se sua avaliação e resposta foram superficiais ou se ele desconsiderou sua resposta.

■ MEIOS ADICIONAIS DE RESPONDER AOS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Este capítulo enfatizou até aqui métodos escritos para responder aos pensamentos automáticos. No entanto, não é prático ou desejável para um paciente respon-

der por escrito a cada pensamento automático, pois se ele assim o fizesse, sua vida se tornaria consumida por tal empreendimento. De fato, alguns pacientes (especialmente os com transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo) podem usar o RPD em demasia e outros ainda não podem ou não farão as tarefas escritas. A seguir, apresentarei técnicas alternativas que não requerem a escrita.

1. Fazer um RPD mentalmente.
 2. Ler um RPD anteriormente escrito ou notas da terapia que contenham um pensamento automático idêntico ou semelhante.
 3. Ditar uma versão modificada do RPD para que alguma outra pessoa anote ou pedir que ela leia as respostas anteriormente escritas (caso o paciente possa entender, mas não possa ele mesmo ler ou escrever).
 4. Ler um cartão de enfrentamento (ver Capítulo 12).
 5. Escutar uma sessão de terapia ou parte de uma fita de áudio.
-

Finalizando, é mais útil, às vezes, fazer a resolução de problemas em vez de avaliar um pensamento automático. Sally, por exemplo, teve o pensamento “Eu jamais aprendi a matéria de economia antes do teste.” Através de um questionamento cuidadoso, seu terapeuta concluiu que, se Sally continuasse estudando como estivera, provavelmente ela *não aprenderia adequadamente* a matéria. O profissional julgou que seria um melhor uso do tempo da terapia ajudá-la a projetar soluções possíveis para seus problemas concretos, incluindo pedir emprestado anotações de um colega de classe, procurar o professor para obter ajuda, sublinhar os capítulos do livro enquanto os lê, organizar o estudo com um amigo e assim por diante.

Em suma, o terapeuta ensina ao paciente uma variedade de meios para responder ao seu pensamento distorcido. Um ensino cuidadoso do RPD maximiza a chance de que os pacientes usarão por conta própria essa importante ferramenta, mas há também outros meios para responderem aos seus pensamentos automáticos, caso eles não possam ou não estejam dispostos a usar um RPD.

10

IDENTIFICANDO E MODIFICANDO AS CRENÇAS INTERMEDIÁRIAS

Os capítulos anteriores descreveram a identificação e a modificação dos pensamentos automáticos, as palavras reais ou imagens que passam pela cabeça de um paciente em uma determinada situação e que conduzem à aflição. Este capítulo descreve as idéias ou entendimentos mais profundos freqüentemente desarticulados que os pacientes têm sobre si mesmos, os outros e seus mundos pessoais que dão lugar a pensamentos automáticos específicos. Essas idéias não são, em geral, expressadas antes da terapia, mas podem facilmente ser extraídas do paciente ou inferidas e, então, testadas.

Conforme descrito no Capítulo 2, essas crenças podem ser classificadas em duas categorias: crenças intermediárias (compostas por regras, atitudes e suposições) e crenças centrais (idéias absolutistas, rígidas e globais sobre si próprio e/ou outros). As crenças intermediárias, embora não sejam tão facilmente modificáveis quanto os pensamentos automáticos, são ainda mais maleáveis do que as crenças centrais.

Este capítulo está dividido em duas partes. Na primeira parte, é descrita a *conceituação cognitiva* (inicialmente introduzida no Capítulo 2) e é ilustrado o processo de desenvolvimento de um Diagrama de Conceituação Cognitiva. A conceituação é enfatizada ao longo deste volume para ajudar o terapeuta a planejar a terapia, tornar-se hábil em escolher intervenções apropriadas e superar os pontos “Emperrados” quando falham intervenções padrão. *Obter e modificar as crenças intermediárias* são o foco da segunda parte deste capítulo. Essas técnicas são também aplicáveis ao capítulo seguinte, que apresenta técnicas complementares especializadas para obter e modificar as crenças centrais.

■ CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

Geralmente, um terapeuta e um paciente primeiro trabalham os pensamentos automáticos antes de abordarem as crenças. Desde o início, no entanto, o terapeuta começa formulando uma conceituação, que conecta logicamente os pensamentos automáticos a crenças de nível mais profundo. Se o terapeuta falhar em ver esse quadro maior, ele tenderá menos a direcionar a terapia de um modo eficiente e efetivo. Os

terapeutas cognitivos novatos com frequência pulam de uma crença intermediária para outra em vez de identificar as crenças mais centrais e realizar, a seu respeito, um trabalho sustentado.

Portanto, o terapeuta deveria começar preenchendo um Diagrama de Conceituação Cognitiva (Figura 10.1) tão logo tenha reunido dados sobre os pensamentos automáticos, emoções, comportamentos e/ou crenças típicas do paciente. Esse diagrama retrata, entre outras coisas, o relacionamento entre as crenças centrais, as crenças intermediárias e os pensamentos automáticos atuais. Ele provê um mapa cognitivo da psicopatologia do paciente e ajuda-o a organizar a aglomeração de dados apresentados. O diagrama, na Figura 10.1, ilustra as perguntas básicas que o terapeuta faz a si mesmo para preencher o diagrama.

Inicialmente, o terapeuta pode ter dados para preencher apenas uma parte do diagrama, deixando em branco outros espaços ou preenchendo itens que ele concluiu com um ponto de interrogação para indicar seu estado experimental. Ele verifica com o paciente itens que faltam ou que serão deduzidos em sessões futuras. O terapeuta em algum momento compartilha a conceituação com o paciente, quando sua meta para uma sessão é ajudá-lo a entender o quadro mais amplo de suas dificuldades. Nesse momento, ele revisa a conceituação oralmente, desenvolve um diagrama recente com o paciente ou apresenta o diagrama preenchido. Sempre que o terapeuta apresenta suas interpretações, ele as rotula como hipóteses, perguntando ao paciente se elas “parecem verdadeiras” para ele e considerando que as hipóteses corretas em geral têm boa repercussão.

Usualmente é melhor começar com a metade inferior do diagrama de conceituação. O terapeuta anota, então, três situações *típicas* nas quais o paciente se tornou aflito. Assim, para cada situação, ele preenche o pensamento automático chave, seu significado, a emoção subsequente do paciente e o comportamento relevante (se houver). Se ele não perguntou diretamente ao paciente pelo significado dos seus pensamentos automáticos, ele levanta hipóteses (com um ponto de interrogação escrito) ou, melhor, realiza a técnica da flecha descendente com o paciente na sessão seguinte para revelar o significado de cada pensamento.

O sentido do pensamento automático para cada situação deveria ser logicamente conectado com o espaço para a crença central próximo à parte superior do diagrama. Por exemplo, o diagrama de Sally (Figura 10.2) mostra claramente como seus pensamentos automáticos e o significado destes estão relacionados à sua crença central de inadequação.

Para preencher a parte superior do diagrama, o terapeuta pergunta a si mesmo (e ao paciente): Como a crença central se originou e foi mantida? Que eventos de vida (em especial os da infância) o paciente experimentou que poderiam estar relacionados ao desenvolvimento e manutenção da crença? Dados típicos e relevantes da infância incluem eventos significativos como conflitos contínuos ou periódicos entre pais ou outros familiares; divórcio parental; interações negativas com pais, irmãos, professores, pares ou outros nas quais a criança se sentiu incriminada, criticada ou de outro

DIAGRAMA DE CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

Nome do paciente: _____ Data _____

Diagnóstico: Eixo _____ Eixo II _____

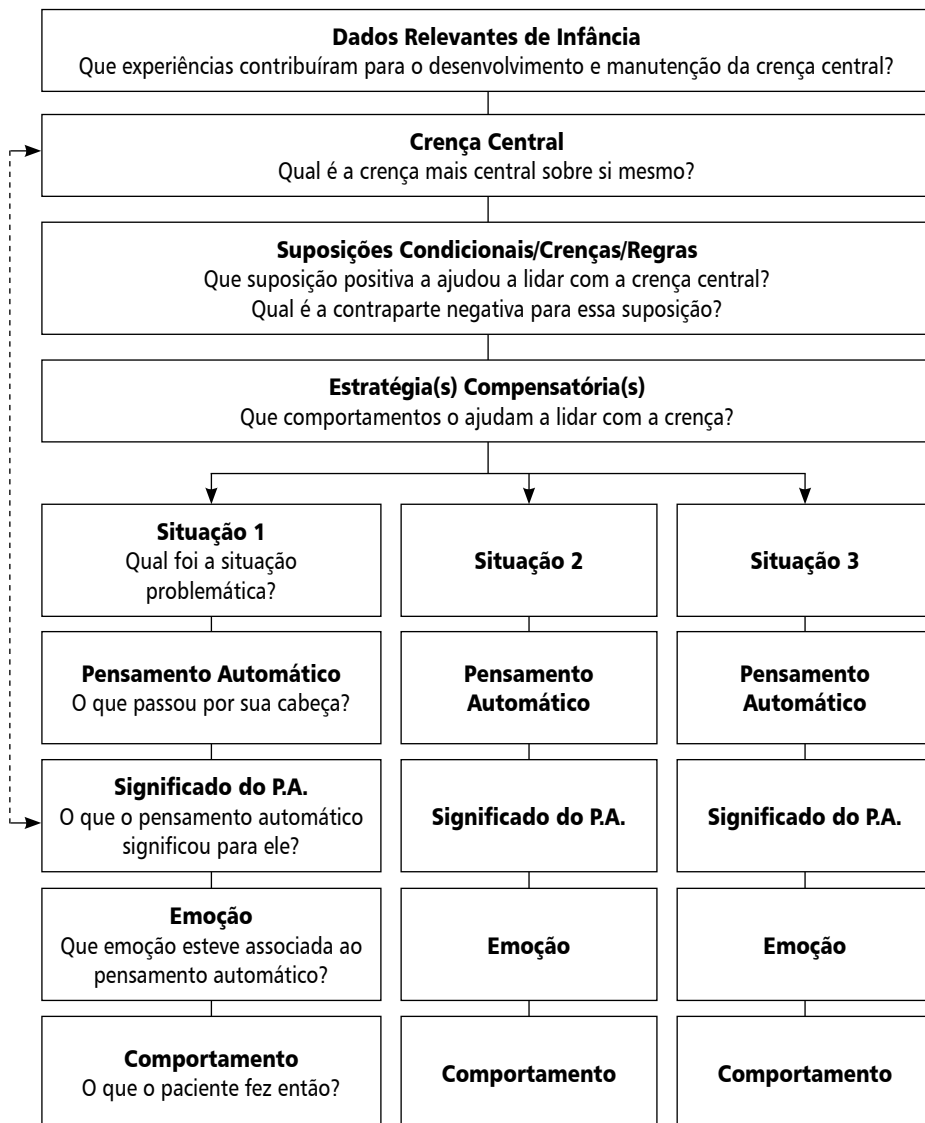


FIGURA 10.1. Diagrama de Conceituação Cognitiva.
 Copyright 1993, por Judith S. Beck, Ph.D.

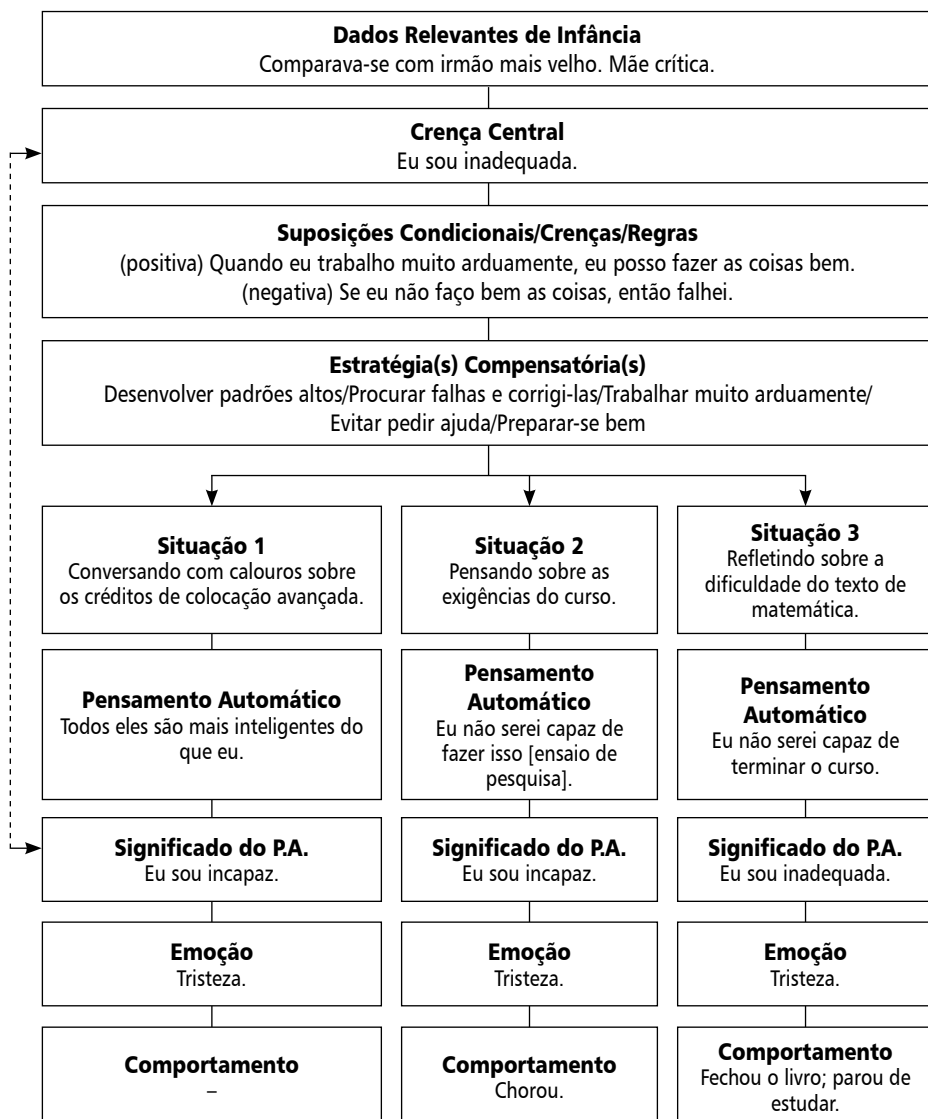
DIAGRAMA DE CONCEITUAÇÃO COGNITIVANome do paciente: Sally Data 22/02Diagnóstico: Eixo Episódio depressivo maior Eixo II Nenhum

FIGURA 10.2. Diagrama de Conceituação Cognitiva de Sally.
Copyright 1993, por Judith S. Beck, Ph.D.

modo desvalorizada; doença; morte significativa de outros; abuso físico ou sexual e outras condições de vida adversas, como crescer na pobreza, enfrentar discriminação racial crônica e assim por diante.

Os dados relevantes de infância podem, no entanto, ser mais sutis: por exemplo, a percepção da criança (que pode ou não ter sido válida) de que os pais favoreceram um irmão em relação a ela; a autocrítica contínua da criança por não chegar à altura, de algum modo importante, em relação a um irmão; a criança sentir-se diferente de ou rebaixada por pares ou a percepção da criança de que ela não preencheu expectativas de pais, professores ou outros.

A seguir, o terapeuta pergunta a si mesmo “Como o paciente enfrentou essa dolorosa crença central? Que crenças intermediárias (ou seja, suposições subjacentes, regras e atitudes) ele desenvolveu?”

As crenças de Sally são retratadas hierarquicamente na Figura 10.3. Já que Sally tinha muitas crenças intermediárias que poderiam ser classificadas como atitudes ou regras, é particularmente útil relacionar as *suposições* chave no espaço abaixo da crença central. (Ver adiante, neste capítulo, como o terapeuta pode ajudar um paciente a re-expressar uma atitude ou regra como uma suposição.) Sally, por exemplo, desenvolveu uma suposição positiva que a ajudou a enfrentar a idéia dolorosa de incapacidade: “Se eu trabalhar muito arduamente, então eu posso fazer bem as coisas.” Como a maioria dos pacientes, ela também teve uma suposição negativa, que era o inverso da positiva, “Se eu não trabalhar duro, então eu falharei.” A maioria dos pacientes do Eixo I tende a

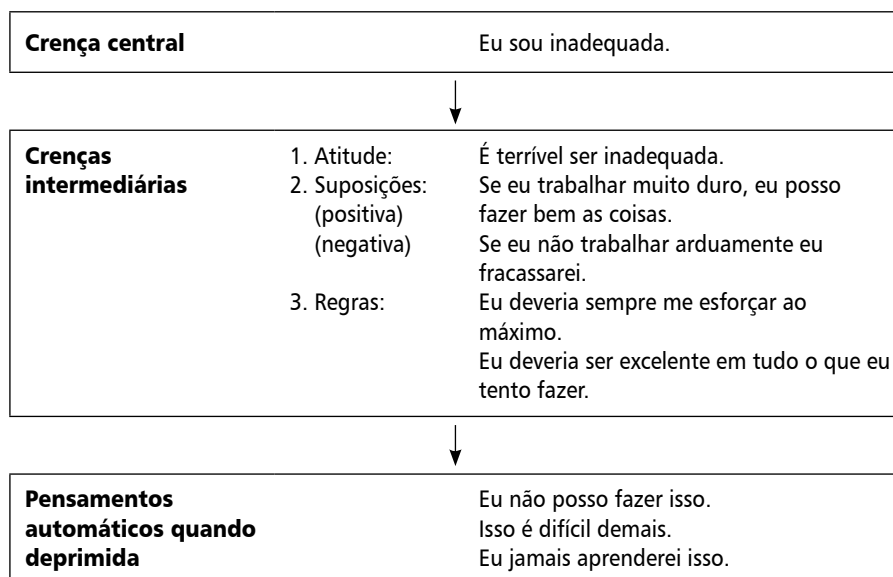


FIGURA 10.3. Hierarquia de crenças e pensamentos automáticos.

operar de acordo com suas suposições positivas até que eles se tornem psicologicamente aflitos, em cujo momento a suposição negativa vem à tona.

Para completar o espaço seguinte, o das “estratégias compensatórias”, o terapeuta se pergunta: “Que estratégias comportamentais o paciente desenvolveu para enfrentar a aflitiva crença central?” Observe que as amplas suposições do paciente com frequência ligam as estratégias compensatórias à crença central: “Se eu (me engajo na estratégia compensatória), então (minha crença central pode não se tornar verdadeira). No entanto, se eu (*não* me engajo na minha estratégia compensatória), então (minha crença central *pode* tornar-se verdade).” As estratégias de Sally foram desenvolver padrões altos para si própria: trabalhar muito arduamente, preparar-se muito para exames e apresentações e manter-se hipervigilante sobre suas falhas, evitando procurar ajuda (especialmente em situações em que pedir auxílio poderia, a seu ver, expor a sua falha e sua incapacidade). Sally acreditava que, agindo diferente disso, ficaria exposta, evidenciando o seu fracasso e a sua incapacidade.

Um outro paciente poderia ter desenvolvido estratégias que são o oposto dos comportamentos de Sally: evitando o trabalho duro, desenvolvendo poucas metas, preparando-se pouco e pedindo ajuda excessivamente. Por que Sally desenvolveu um conjunto de estratégias de enfrentamento enquanto um segundo paciente desenvolveu o conjunto oposto? Talvez a natureza as tenha beneficiado com diferentes estilos cognitivos e comportamentais; em interação com o ambiente elas desenvolveram crenças intermediárias diferentes que reforçaram suas estratégias comportamentais particulares. A segunda paciente hipotética, talvez devido as suas experiências de infância, teve a mesma crença central de inadequação, mas enfrentou-a desenvolvendo um outro conjunto de crenças: “Se eu estabelecer metas baixas para mim, eu posso ser capaz de preenchê-las e até mesmo se eu não as preencher eu terei menos a perder”; “Se eu tentar de uma maneira tímida e falhar, então minha falha será devido à falta de esforço em vez de à incapacidade”, “Se eu confiar em mim mesma, então eu não serei capaz de alcançar o que eu preciso. Portanto, é melhor depender dos outros.” O terapeuta poderia explicar para essa paciente que seu ambiente de infância em conjunção com sua predisposição hereditária pode explicar o desenvolvimento de suas crenças e estratégias de enfrentamento particulares, enfatizando que, através de terapia, ela pode aprender a vencer ou modificar as crenças e as estratégias quando elas provam ser disfuncionais.

Observe que as estratégias compensatórias são comportamentos *normais* nos quais todos, às vezes, engajam-se. A dificuldade dos pacientes em estado de aflição reside no *excesso* dessas estratégias às custas de estratégias mais funcionais. A Figura 10.4. aponta alguns exemplos das estratégias que os pacientes desenvolvem para enfrentar as crenças centrais dolorosas.

Resumindo: o Diagrama de Conceituação Cognitiva deveria fazer um sentido lógico para o terapeuta e para o paciente. Ele deveria continuamente ser reavaliado e refinado, à medida que dados adicionais são colhidos. O terapeuta o apresenta para o paciente como um dispositivo explicativo projetado para ajudar a obter o sentido das

Evita emoção negativa	Exibe intensas emoções (por exemplo, para atrair atenção)
Tenta ser perfeito	Propositalmente demonstra-se incompetente ou desamparado
É exageradamente responsável	Evita responsabilidade
Evita intimidade	Busca intimidade inadequada
Busca reconhecimento	Evita atenção
Evita confronto	Provoca outros
Tenta controlar as situações	Abdica do controle para outros
Age de forma infantil	Age de forma autoritária
Tenta agradar os outros	Distancia-se dos outros ou tenta agradar apenas a si mesmo.

FIGURA 10.4. Estratégias compensatórias típicas.

reações atuais do paciente frente às situações. O terapeuta de início pode apresentar apenas a metade inferior do quadro, deixando a parte superior para um momento em que ele julgar que o paciente se beneficiará mais. Enquanto alguns pacientes estão intelectual e emocionalmente prontos para trabalharem com o quadro total na terapia, outros (em especial os que não têm um firme relacionamento terapêutico ou que não acreditam realmente no modelo cognitivo) deveriam ser expostos ao diagrama muito mais tardiamente. Conforme mencionado anteriormente, sempre que o terapeuta apresenta sua conceituação, ele solicita ao paciente a confirmação ou não, ou a possível modificação de suas hipóteses.

Identificando as Crenças Intermediárias

Como o terapeuta identifica as crenças intermediárias? Ele o faz da seguinte maneira:

-
1. Reconhecendo quando uma crença é expressa como um pensamento automático.
 2. Organizando a primeira parte de uma suposição.
 3. Obtendo diretamente uma regra ou atitude.
 4. Usando a técnica da flecha descendente.
 5. Examinando os pensamentos automáticos do paciente e procurando temas comuns.
 6. Revisando um questionário de crença preenchido pelo paciente.
-

Essas estratégias estão ilustradas abaixo.

1. Primeiro, um paciente pode realmente articular uma crença como um pensamento automático, especialmente quando está deprimido:

TERAPEUTA: O que passou pela sua cabeça quando você recebeu o teste corrigido?

PACIENTE: Que eu deveria ter ido melhor. Eu não sei fazer nada direito. Eu sou muito incapaz. (*crença central*)

2. Segundo, o terapeuta pode ser capaz de obter uma suposição completa provendo a sua primeira metade dela.

T: Então, você teve o pensamento “Eu terei que ficar acordada a noite toda trabalhando.”

P: Sim.

T: E se você não trabalhar tão arduamente quanto você pode em um trabalho ou em um projeto...

P: Então, eu não dei o melhor de mim. Eu fracassei.

T: Isso soa familiar a respeito do que nós conversamos antes na terapia? É assim que você vê geralmente os seus esforços, que, se você não trabalha tão duro quanto você é capaz, então você fracassou?

P: Sim, eu acho que sim.

T: Você pode dar-me mais alguns exemplos para que eu possa ver o quanto está difundida essa crença?

3. Terceiro, o terapeuta pode identificar uma regra ou uma atitude através de sua obtenção direta.

T: Então, é bastante importante para você sair-se realmente bem no seu trabalho voluntário de aulas particulares?

P: Oh, sim.

T: Você lembra que nós conversamos sobre esse tipo de coisas antes: ter que fazer as coisas muito bem? Você tem uma regra em relação a isso?

P: Oh... Eu não havia realmente pensado sobre isso... E acho que eu tenho que fazer o que quer que faça realmente bem.

4. O terapeuta utiliza uma quarta técnica mais freqüentemente para identificar crenças intermediárias (e centrais): a *técnica da flecha descendente* (Burns, 1980). Primeiro, o terapeuta identifica um pensamento automático chave que ele suspeita poder ser diretamente derivado de uma crença disfuncional. Então, ele pergunta ao paciente o *sentido* dessa cognição, supondo que o pensamento automático era verdadeiro, e continua a fazer isso até que ele tenha revelado uma ou mais crenças importantes. Perguntar o que um

pensamento significa *para* o paciente revela, com freqüência, uma crença intermediária; perguntar o que isso sugere *sobre* o paciente usualmente explicita a crença central.

T: Ok, resumindo, você estava estudando tarde ontem à noite e estava revisando suas anotações de aula, quando teve o pensamento “Estas anotações cheiram mal” e você se sentiu triste.

P: Certo.

T: Ok, nós ainda não examinamos as evidências para ver se você está certa. Mas eu gostaria de ver se nós podemos descobrir *por que* esse pensamento a fez se sentir tão triste. Para fazer isso, nós temos que supor, por um momento, que você *está* certa, suas anotações cheiram mal - são repugnantes? O que isso significaria para você?

P: Que eu não fiz um trabalho realmente bom na aula.

T: Está certo, se for verdade que você não fez um trabalho muito bom na aula, o que isso significaria?

P: Que eu sou uma aluna incompetente.

T: Ok, se você é uma aluna incompetente, o que isso revela sobre você?

P: Que eu não sou boa o suficiente. [Eu sou inadequada.] [*crença central*]

O terapeuta, às vezes, fica emperrado no transcorrer de uma aplicação da técnica da flecha descendente quando o replica com uma resposta emocional do tipo “Isso seria terrível” ou “Eu ficaria tão ansioso.” Como no exemplo a seguir, o terapeuta gentilmente enfatiza e, então, tenta voltar ao caminho anterior. Para minimizar a possibilidade de que o paciente reaja negativamente a essa verificação, o terapeuta provê um embasamento lógico para o seu questionamento repetido e varia sua indagação através de perguntas como as seguintes:

“Se isso for verdade, então o quê?”

“O que há de tão ruim em -”

“Qual é a pior parte sobre -”

“O que isso significa *sobre* você?”

A próxima transcrição demonstra a provisão de um breve embasamento lógico sobre a variação das perguntas na técnica da flecha descendente.

T: Para mim, é importante entender a parte mais aflitiva disso para você. O que significaria se suas colegas de quarto e amigas de fato tirassem notas melhores que você?

P: Oh, eu não poderia suportar isso.

T: Então, você ficaria bastante perturbada, mas qual seria a pior parte em relação a isso?

P: Elas provavelmente iriam desprezar-me.

T: E se elas de fato desprezassem você, o que haveria de tão mau em relação a isso?

P: Eu detestaria isso.

T: Certo, você ficaria aflita se isso acontecesse. Mas, então, o que aconteceria se elas desprezassem você?

P: Eu não sei. Isso seria realmente ruim.

T: Isso revelaria algo *sobre* você, se elas desprezassem você?

P: Claro. Revelaria que eu sou inferior, não tão boa quanto elas.

Como o terapeuta saberia quando parar a técnica da flecha descendente? Em geral o terapeuta descobre as crenças intermediárias importantes e/ou a crença central quando o paciente mostra uma mudança negativa em seu afeto e/ou começa a declarar a crença nas mesmas palavras ou em palavras semelhantes.

T: E o que significaria se você fosse inferior e não tão boa quanto elas? P: Apenas isso, eu sou inferior; eu sou inadequada. (*crença central*)

5. Um quinto modo de identificar as crenças é procurar temas comuns entre situações nos pensamentos automáticos do paciente. O terapeuta pode perguntar a um paciente, já com *insight*, se ele é capaz de identificar um tema recorrente ou se ele pode levantar a hipótese de uma crença (e pedir ao paciente para refletir sobre sua validade):

T: Sally, em algumas situações você parece ter o pensamento “Eu não posso fazer isso”, “Isso é difícil demais” ou “Eu não serei capaz de terminar isso.” Eu fico pensando se você tem uma crença de que você é, de alguma maneira, incompetente ou inadequada?

P: Sim, eu acho que sim. Eu realmente penso que eu sou inadequada.

6. Um sexto modo de identificar as crenças é perguntar diretamente ao paciente, pois alguns indivíduos são capazes de articulá-las com bastante facilidade.

T: Sally, qual é a sua crença sobre pedir ajuda?

P: Oh, pedir ajuda é um sinal de fraqueza.

7. Finalizando, um paciente pode ser solicitado a preencher um questionário de crença como o *Dysfunctional Attitude Scale* (Weissman & Beck, 1978). E uma revisão cuidadosa de itens que são muito fortemente endossados pode realçar as crenças problemáticas. O uso de tais questionários é um adjunto útil para as técnicas descritas.

Concluindo, o terapeuta pode identificar, de diversas formas, as crenças, tanto crenças intermediárias como centrais.

-
- Procurando pela expressão de uma crença em um pensamento automático.
 - Provendo a oração condicional ("Se...") de uma suposição e pedir ao paciente para completá-la.
 - Identificando diretamente uma regra.
 - Usando a técnica da flecha descendente.
 - Reconhecendo um tema comum entre os pensamentos automáticos.
 - Perguntando ao paciente qual ele pensa ser a sua crença.
 - Revisando o questionário de crenças do paciente.
-

Decidindo Quanto a Modificar uma Crença

Tendo identificado uma crença, o terapeuta determina se a crença intermediária é central ou mais periférica e, geralmente, a fim de conduzir a terapia tão eficientemente quanto possível, ele se focaliza nas crenças intermediárias mais importantes (Safran, Vallis, Segal & Shaw, 1986). O tempo e o esforço do terapeuta podem ser desperdiçados ao trabalhar sobre as crenças disfuncionais que são tangenciais ou sobre uma crença na qual o paciente acredita apenas levemente.

T: Parece que você acredita que, se as pessoas não aceitam você, você é inferior.

P: Eu acho.

T: Quanto você acredita nisso?

P: Não muito, talvez 20%.

T: Não parece que nós temos que trabalhar sobre essa crença. E se nós voltássemos para o problema que nós estávamos discutindo antes?

Tendo identificado uma importante crença intermediária, o terapeuta decide se ele tornará a crença explicitada ao paciente e, se assim o fizer, ele meramente identificará a crença como uma crença a ser trabalhada no futuro ou se eles trabalharão sobre ela no presente momento. Para ajudá-lo a decidir entre essas opções, o terapeuta pergunta a si mesmo:

-
- Qual é a crença?
 - Quão fortemente o paciente acredita nela?
 - Se é forte, quão amplamente ela afeta a sua vida? Quão fortemente ela afeta sua vida?
 - Se é forte, eu deveria trabalhar sobre ela agora? O paciente está pronto para trabalhar a seu respeito? É provável que ele será capaz de avaliá-la com suficiente objetividade neste momento? Nós temos tempo suficiente na sessão de hoje para começar a trabalhar sobre ela? Ela se encaixa nos itens que restam no nosso roteiro ou o paciente aceitaria adiar a discussão do nosso item do roteiro para ganhar tempo e explorarmos essa crença?
-

Geralmente, o terapeuta abstém-se de modificação da crença até que o paciente tenha aprendido as ferramentas para identificar e modificar seus pensamentos automáticos e tenha obtido algum alívio de sintomas. Nessa atividade a modificação de crenças com alguns pacientes é relativamente fácil e com outros muito mais difícil. A modificação de crenças intermediárias é, em geral, alcançada antes da modificação das crenças centrais, visto que as últimas podem ser bastante rígidas.

Educando os Pacientes Sobre as Crenças

Tendo identificado uma crença importante e verificado que o paciente acredita nela fortemente, o terapeuta pode decidir educar o paciente a respeito da natureza das crenças em geral e utilizar uma crença específica como exemplo. Ele enfatiza que há uma extensão de crenças potenciais a serem adotadas e que as crenças não são inatas e sim aprendidas, podendo, então, ser revisadas.

T: Ok, então nós identificamos algumas das suas crenças: “É terrível fazer um trabalho medíocre.” “Eu tenho que fazer tudo de maneira excelente.” “Se eu faço menos do que o meu melhor eu sou um fracasso.” Onde você pensa que aprendeu essas idéias?

P: Ao crescer, eu acho.

T: Todos têm essas mesmas crenças?

P: Não. Algumas pessoas parecem não se importar.

T: Você consegue pensar em alguém especificamente que parece ter crenças diferentes?

P: Bem, minha prima Emily é uma.

T: Que crença ela tem?

P: Eu acho que ela pensa que ser perfeito é ser medíocre. Ela está mais interessada em se divertir.

T: Então, ela aprendeu crenças diferentes?

P: Eu acho que sim.

T: Bem, o lado negativo é que você atualmente tem um conjunto de crenças que não está mais lhe trazendo muita satisfação, certo? O aspecto positivo é que, já que você *aprendeu* esse conjunto atual de crenças, você pode desaprendê-lo e talvez aprender outros - não tão extremos como os de Emily, mas em algum lugar intermediário entre o dela e o seu. Como isso parece para você?

P: Bom.

Mudando Regras e Atitudes em Forma de Suposições

É frequentemente mais fácil para os pacientes perceber a sua distorção e testar uma crença intermediária na forma de uma suposição em vez de uma regra ou uma atitude. Tendo identificado uma regra ou atitude, o terapeuta utiliza a técnica da flecha descendente para apurar seu sentido.

T: Então, você acredita fortemente que deveria fazer as coisas você mesma (*regra*) e que seria terrível pedir ajuda (*atitude*). O que significaria para você pedir ajuda, por exemplo, com seu trabalho na faculdade, em vez de fazê-lo você mesma?

P: Significa que eu sou incapaz.

T: Neste momento, quanto você acredita nesta idéia: “Se eu peço ajuda eu sou incapaz?”

A avaliação lógica dessa suposição condicional através de questionamento ou de outros métodos freqüentemente cria maior dissonância cognitiva do que a avaliação direta da regra ou da atitude. É mais fácil para Sally reconhecer a distorção e/ou a disfuncionalidade na suposição “Se eu peço ajuda isso significa que eu sou incapaz” do que em sua regra: “Eu não deveria pedir ajuda.”

Examinando Vantagens e Desvantagens das Crenças

É comum e útil para os pacientes examinar as vantagens e as desvantagens de continuar a manter uma determinada crença. O terapeuta, então, luta para minimizar ou abalar as vantagens ao enfatizar e reforçar as desvantagens. (Um processo semelhante foi anteriormente descrito na seção sobre avaliação da utilidade dos pensamentos automáticos, no Capítulo 8.)

T: Quais são as *vantagens* de acreditar nisso se você não se esforça ao máximo e depois acaba sentindo-se fracassada?

P: Bem, isso poderia me fazer trabalhar mais arduamente.

T: Seria interessante observar se você realmente *precisa* de uma crença tão extrema para mantê-la trabalhando pesado. Nós voltaremos a essa idéia mais tarde. Alguma outra vantagem?

P: Não, não que eu lembre.

T: Quais são as *desvantagens* de acreditar que você é uma fracassada se você não dá o melhor de si?

P: Bem, eu me sinto infeliz quando eu não vou bem em um exame... eu fico realmente nervosa antes de apresentações... eu não tenho tanto tempo para fazer outras coisas de que eu gosto porque eu fico tão ocupada estudando.

T: E isso tira alguma diversão do estudo e da aprendizagem em si?

P: Sim..., definitivamente.

T: Ok, então por um lado, pode ou não ser realmente verdade que essa crença é a única coisa que a faz trabalhar duro. Por outro lado, essa crença de ter que corresponder de acordo com o seu potencial a faz infeliz quando o seu desempenho não é excelente, a torna mais nervosa do que você precisaria estar, elimina a diversão do seu trabalho e a impede de fazer outras coisas de que você gosta. Isso está correto?

P: Sim.

T: Então, esta é uma idéia que você gostaria de mudar?

Formulando uma Nova Crença

A fim de decidir que estratégias usar para modificar uma crença determinada, o terapeuta formula claramente para si qual seria uma crença mais adaptativa. Ele pergunta a si mesmo: “Que crença seria mais funcional para o paciente?”

Por exemplo, a Figura 10.5 descreve as crenças atuais de Sally e as novas crenças que o terapeuta tem em mente. Embora construir uma crença nova seja um processo *colaborativo*, o terapeuta não obstante formula mentalmente uma extensão de crenças mais razoáveis para que ele possa apropriadamente escolher estratégias para mudar a velha crença.

Crenças antigas de Sally	Crenças mais funcionais
1. Se o meu desempenho não é tão bom quanto o dos outros, eu sou uma fracassada.	Se o meu desempenho não é tão bom quanto o dos outros, eu não sou uma fracassada, eu sou apenas humana.
2. Se eu peço ajuda, isso é um sinal de fraqueza.	Se eu peço ajuda quando eu preciso dela, eu estou mostrando boas habilidades de resolução de problemas (o que é um sinal de força).
3. Se eu falho no trabalho/estudo, eu sou um fracasso como pessoa.	Se eu falho no trabalho/estudo, isso não é um reflexo do meu eu como um todo (enquanto pessoa). (O meu eu inclui como eu sou como amiga, filha, irmã, parente, cidadã e membro da comunidade e minhas qualidades de gentileza, sensibilidade aos outros, bondade, etc.). Além disso, fracasso não é uma condição permanente.
4. Eu deveria ser capaz de me destacar em tudo o que eu experimento.	Eu não deveria ser capaz de me destacar em alguma coisa a menos que eu tivesse talento naquela área (e que eu esteja disposta e seja capaz de dedicar considerável tempo e esforço a isso, mesmo às custas de outras coisas).
5. Eu deveria sempre trabalhar duro e dar o melhor de mim.	Eu deveria colocar uma quantidade razoável de esforço durante a maior parte do tempo.
6. Se eu não corresponder ao meu potencial, então eu fracassarei.	Se eu faço menos do que eu posso, eu obtive sucesso talvez de 70%, 80% ou 90%, não de 0%.
7. Se eu não trabalhar arduamente o tempo todo, eu falharei.	Se eu não trabalhar duro o tempo todo eu provavelmente irei razoavelmente bem e terei uma vida mais equilibrada.

FIGURA 10.5. Formulação de Crenças mais funcionais.

Resumindo, antes que o terapeuta tente modificar uma crença de um paciente, ele a confirma como uma crença central (fortemente mantida) e formula em seu próprio raciocínio uma nova crença mais funcional e menos rígida. Essa nova crença deve ser tematicamente *relacionada* à crença disfuncional anterior, e o terapeuta deve acreditar resultar tal substituição em uma maior satisfação para o paciente. O profissional não impõe essa crença sobre o paciente, mas, antes, orienta-o de uma forma colaborativa, utilizando um questionamento socrático para construir uma crença alternativa. Ele pode, além disso, educar o paciente sobre a natureza das crenças (por exemplo, que elas não são idéias necessariamente verdadeiras e sim que foram aprendidas, podendo, então, ser desaprendidas; que elas podem ser avaliadas e modificadas) e ajudar o paciente, dessa forma, a avaliar as vantagens e desvantagens de continuar a manter tais crenças.

■ MODIFICANDO CRENÇAS

A seguir, estão algumas estratégias comuns para modificar tanto as crenças centrais como as intermediárias. (Algumas técnicas adicionais para modificar as crenças centrais estão apresentadas em maiores detalhes no próximo capítulo.) Algumas crenças podem facilmente ser mudadas, mas muitas requerem um esforço conjunto durante um longo período de tempo. Assim, o terapeuta continua, no momento, a perguntar ao paciente quanto ele acredita em uma determinada crença (de 0 a 100%), a fim de apurar se um trabalho adicional será necessário.

Usualmente não é possível e nem necessariamente desejável reduzir o grau de uma crença a 0%. Saber quando parar de trabalhar sobre uma crença é, portanto, uma questão de julgamento. Em geral, uma crença foi suficientemente atenuada quando o paciente a endossa de forma inferior a de 30% e quando ele tende a continuar a modificar seu comportamento disfuncional, apesar de ainda agarrar-se a um resquício dessa crença.

É aconselhável que os pacientes monitorem as crenças que eles exploraram em suas notas de terapia. Um formato útil dessa exploração inclui a crença disfuncional, a crença nova mais funcional e a força de cada crença, expressa em uma porcentagem, como no próximo exemplo:

Crença antiga: Se eu não tenho grandes resultados, eu sou um fracassado. (55%)

Crença nova: Eu sou um fracassado total se eu realmente falho em quase tudo. (80%)

Uma tarefa de casa típica é ler e reclassificar diariamente quão fortemente o paciente endossa ambas as crenças a cada dia.

Algumas das estratégias utilizadas para modificar as crenças são as mesmas que as usadas para modificar os pensamentos automáticos, mas há também algumas técnicas adicionais que incluem:

1. Questionamento socrático
 2. Experimentos comportamentais
 3. Continuum cognitivo
 4. Role-play racional-emocional
 5. Usar os outros como um ponto de referência
 6. Dramatizar “como se”
 7. Auto-revelação
-

Questionamento Socrático para Modificação de Crenças

Conforme ilustrado na transcrição a seguir, o terapeuta utiliza os mesmos tipos de perguntas que ele usou para avaliar os pensamentos automáticos para examinar a crença de Sally. Mesmo quando identifica uma crença geral, ele ajuda Sally a avaliá-la no contexto de situações específicas. Essa especificidade ajuda a tornar a avaliação mais concreta e significativa e menos abstrata e intelectual.

T: *(Resumindo o que eles acabaram de aprender na técnica da flecha descendente.)* Ok, então você acredita aproximadamente 90% que, se você pede ajuda, isso significa que é incapaz. Isso está correto?

P: Sim, está.

T: Poderia haver, em sua concepção, um outro modo de pedir ajuda?

P: Eu não tenho certeza.

T: Considere, por exemplo, a terapia. Você é incapaz porque veio buscar ajuda aqui?

P: Um pouquinho, talvez.

T: Hmmm. Isso é interessante para mim porque, em geral, vejo isso da forma oposta. É possível que seja realmente um sinal de força e adequação que você tenha vindo para a terapia? O que teria acontecido se você não tivesse vindo?

P: Eu poderia ainda estar escondida sob o lençol, não indo à aula.

T: Você está sugerindo que pedir uma ajuda profissional, quando você se sente deprimida, é uma atitude mais adequada do que permanecer sem auxílio?

P: É... eu acho que sim.

T: Bem, você me diz. Digamos que nós temos dois estudantes universitários deprimidos. Um busca tratamento e o outro não, mas continua a ter sintomas depressivos. Qual você considera mais adequado?

P: Bem, o que pede ajuda.

T: Agora, e quanto a uma outra situação que você mencionou - seu trabalho voluntário. Novamente, nós temos dois estudantes universitários, esta

é a primeira experiência de ensino deles; eles estão inseguros do que fazer porque eles nunca fizeram isso antes. Um procura ajuda, o outro não, mas continua a lutar. Qual é o mais adequado?

P: (*Hesitante.*) O que busca ajuda?

T: Você tem certeza?

P: (*Pensa por um momento.*) É. Não é um sinal de adequação apenas lutar se você pode obter ajuda e fazer as coisas melhor.

T: Quanto você acredita nisso?

P: Bastante: 80%.

T: E como estas duas situações - terapia e ajuda em dar aulas particulares se aplicam a você?

P: Eu acho que elas se aplicam.

T: Então, vamos escrever algo sobre isso... Chamemos a primeira idéia de “crença antiga” - agora, o que você diz?

P: Se eu peço ajuda, eu sou incapaz.

T: E vejamos, você acreditava nisso 90% antes. Coloque 90% do lado. E quanto você acredita nisso agora?... A mesma proporção? Mais? Menos?

P: Menos. Talvez 40%.

T: Ok, escreva 40% do lado de 90%.

P: (*Faz isso.*)

T: Agora, escreva “crença nova”. Como você colocaria isso?

P: Se eu peço ajuda, eu não sou incapaz?

T: Você poderia colocar assim. Ou que tal “Se eu peço ajuda quando isso é razoável, é um sinal de adequação.”

P: Ok. (*Escreve isso.*)

T: Quanto você acredita na nova crença agora?

P: Muito... (*Lê e pondera sobre a nova crença.*) Talvez 70 a 80%. (*Escreve isso.*)

T: Ok, Sally, nós voltaremos a essas crenças em outro momento. Que tal se para a tarefa de casa, esta semana, você fizesse duas coisas? Uma é reler essas crenças todos os dias e classificar quanto você acredita nelas - realmente reescrever a porcentagem ao lado das crenças.

P: Ok.

T: Escrever o quanto você acredita nelas a fará realmente pensar sobre elas e é por isso que eu não disse apenas para você as ler.

P: Ok. (*Escreve a tarefa.*)

T: Segundo, você poderia ficar atenta, esta semana, para outras situações nas quais você *poderia* razoavelmente pedir ajuda? Ou seja, imaginemos que você acredita na nova crença 100%, que pedir ajuda razoável é um sinal de adequação. Durante esta semana, quando você poderia pedir ajuda? Anote essas situações.

P: Ok.

No segmento anterior, o terapeuta utiliza o questionamento socrático no contexto de situações específicas para ajudar Sally a avaliar uma crença intermediária. Ele julga que as perguntas padrão de examinar as evidências e avaliar resultados serão menos efetivas do que levar Sally a desenvolver um ponto de vista alternativo. Suas perguntas são muito mais persuasivas e menos imparciais do que quando ele a ajuda a avaliar crenças mais maleáveis no nível de pensamento automático. Uma tarefa de seguimento é projetada para fazê-la continuar a refletir diariamente tanto sobre a suposição disfuncional como sobre a crença nova.

Experimentos Comportamentais para Testar as Crenças

Como ocorre com os pensamentos automáticos, o terapeuta pode ajudar o paciente a criar um teste comportamental para avaliar a validade de uma crença (ver também Capítulo 12). Experiências comportamentais adequadamente projetadas e executadas podem modificar as crenças do paciente mais poderosamente do que as técnicas verbais utilizadas no consultório.

T: Ok, Sally, nós identificamos uma outra crença: “Se eu peço ajuda, os outros vão menosprezar-me” e você acredita nisso 60%. É claro, eu, em realidade, não menosprezei você, não é?

P: É claro que não. Mas este é o seu trabalho, ajudar pessoas.

T: É verdade, mas seria útil descobrir, em geral, que outras pessoas são mais como eu ou não. Como você poderia descobrir?

P: Pedindo ajuda para outras pessoas, eu acho.

T: Ok, a quem você poderia pedir e que tipo de ajuda?

P: Hummm. Eu não tenho certeza.

T: E se nós fizéssemos uma lista de algumas das possibilidades? Eu começo, talvez isso ajudará a estimular algumas das suas idéias. Depois de elaborarmos uma lista, você pode decidir com quem você gostaria de testar essa idéia.

P: Ok.

T: Você poderia pedir para a sua colega de quarto?

P: Claro, na verdade eu já peço. E eu poderia pedir ajuda ao meu conselheiro acadêmico.

T: Bom. E quanto ao seu conselheiro acadêmico?

P: Huh huh. Eu também poderia pedir ao meu irmão. Não, eu não pedirei a minha colega de quarto ou ao meu irmão. Eu sei que eles iriam desconsiderar-me.

T: Oh, então você já sabe que há algumas exceções?

P: Sim. Mas acho que poderia ir ao meu conselheiro ou aos meus professores-assistentes.

T: Como você poderia pedir ajuda?

P: Bem, os professores-assistentes... eu poderia fazer perguntas sobre os trabalhos que eu tenho que entregar ou sobre as leituras O conselheiro acadêmico, eu não sei. Minha conselheira acadêmica... eu me sentiria um pouco

estranha procurando-a. Eu realmente não sei no que eu quero especializar-me.

T: Este seria um experimento interessante - pedir ajuda para decidir uma especialização a uma pessoa cujo trabalho é orientar os estudantes a tomar esses tipos de decisões.

P: É verdade ...

T: Então, você poderia matar dois coelhos de uma vez só - testar a crença de que você será menosprezada e obter alguma orientação para um problema concreto.

P: Eu acho que sim.

T: Bom. Então, você gostaria de testar a crença “Se eu peço ajuda a outros, eles vão desconsiderar-me?” Você gostaria de fazer isso esta semana?

No segmento anterior, o terapeuta sugere uma experiência comportamental para testar uma crença. Se ele tivesse percebido hesitação por parte da paciente, ele provavelmente perguntaria quão propensa ela estava a fazer a experiência e que problemas práticos ou pensamentos poderiam atrapalhá-la. Ele poderia também fazer um ensaio encoberto com ela (ver Capítulo 14) para aumentar a propensão de que ela o seguisse até o fim. Além disso, se ele julgasse haver a possibilidade de outros depreciarem Sally, ele poderia ter discutido antecipadamente o que tal depreciação significaria para ela e como ela poderia enfrentar se a diminuição de fato ocorresse. Ele também poderia ter pedido a Sally uma descrição de possíveis depreciações, para assegurar-se de que ela não perceberia, erroneamente, o comportamento dos outros.

Continuum Cognitivo para Modificar Crenças

Essa técnica é útil para modificar tanto os pensamentos automáticos como crenças que refletem os pensamentos polarizados (ou seja, quando o paciente vê algo em termos tudo-ou-nada). Sally, por exemplo, acreditava que, se ela não fosse uma estudante de bom nível, ela era um fracasso. Construir um continuum cognitivo para o conceito em questão facilita o reconhecimento dos pacientes do meio-termo, conforme ilustra a transcrição a seguir:

T: Ok, você acredita fortemente que, se você não é uma estudante exemplar, você é uma fracassada. Vejamos como isso se demonstra graficamente (*Desenhe uma linha de número.*):

Gráfico de Sucesso Inicial

0% de Sucesso

90%

100% de Sucesso

Sally

Estudante exemplar

- T: Agora, para onde foi a estudante?
- P: Aqui para cima. Eu acho que entre 90 e 100%.
- T: Ok. E você é uma fracassada. Você está, então, em 0% de “sucesso”?
- P: Eu acho.
- T: Você também está dizendo que tudo o que está abaixo de 90% é um fracasso?
- P: Talvez não.
- T: Ok, onde inicia o fracasso?
- P: Por volta de 50% eu acho.
- T: 50%? Então, todo mundo que está abaixo de 50% é um fracassado?
- P: Eu não tenho certeza.
- T: Agora, há mais alguém que realisticamente pertença a 0%, além de você?
- P: Ummmm... Talvez este sujeito, o Jack, que está na minha aula de economia. Eu sei que ele está com notas piores do que eu.
- T: Ok. Nós colocaremos Jack em 0%. Mas eu imagino se não há alguém que está com um desempenho ainda pior que o de Jack.
- P: Provavelmente existe.
- T: É concebível que haja alguém que esteja fracassando em cada teste, em cada trabalho?
- P: É.
- T: Ok, agora se nós colocamos essa pessoa em 0%, um verdadeiro fracasso, onde isso coloca Jack? Onde isso coloca você?
- P: Provavelmente Jack está em 30%. E eu estou em 50%.
- T: Agora, e quanto a uma pessoa que está falhando em tudo, mas não está nem mesmo aparecendo nas aulas ou fazendo nenhuma das leituras ou entregando trabalhos?
- P: Eu acho que *esta* estaria a 0%.
- T: Onde isso coloca o estudante que está pelo menos tentando, mas não passando?
- P: Eu acho que ele estaria em 10%.
- T: Onde isso coloca você e Jack?
- P: Jack vai para aproximadamente 50%; eu acho que estou em 75%.

Gráfico Revisado de Sucesso-e-Fracasso

0%	10%	50%	75%	90%	100%
Estudante que não faz nada	Estudante que tenta, mas obtém notas baixas	Jack	Sally	Estudantes exemplares	

T: Que tal se para tarefa de casa você examinasse se até mesmo 75% é uma porcentagem precisa? Mesmo se for para essa escola, talvez para escolas e estudantes em geral você se classificasse melhor. De qualquer modo, quão adequado é chamar alguém que está em uma marca de 75% de um fracassado?

P: Não muito.

T: Talvez a coisa *pior* que você pode dizer é que ela é 75% bem-sucedida.

P: É. (*Se anima visivelmente.*)

T: Ok, voltando a sua idéia original, quanto você acredita agora que, se você não é uma estudante exemplar, você é uma fracassada?

P: Não muito. Talvez 25%.

T: Bom!

A técnica do continuum cognitivo é freqüentemente útil quando o paciente está exibindo um pensamento dicotômico. Assim como com a maioria das técnicas, o terapeuta pode ensinar o paciente diretamente como empregar a técnica ele mesmo para que possa usá-la quando necessário.

T: Sally, revisemos o que nós fizemos aqui. Nós identificamos um erro tudo-ou-nada no seu pensamento. Então, nós obtemos uma escala para ver se realmente há apenas duas categorias - sucesso e fracasso - ou se é mais preciso considerar *graus* de sucesso. Você consegue pensar em algo mais que vê em apenas duas categorias e que a aflige?

Role-play Racional-Emocional

Essa técnica, também denominada ponto-contraponto (Young, 1990), é usualmente empregada após o terapeuta ter tentado outras técnicas como as descritas neste capítulo. Ela é útil, em particular, quando um paciente diz que *intelectualmente* ele pode ver que uma crença é disfuncional, mas que *emocionalmente* ou internamente ele ainda a “sente” como verdadeira. O terapeuta primeiro provê um embasamento lógico para pedir ao paciente para desempenhar o papel “emocional” da sua mente, que fortemente endossa a crença disfuncional, enquanto que ele, o terapeuta, encena a parte “racional”. No segundo segmento, eles trocam os papéis. Observe que ambos os segmentos, paciente e terapeuta, falam como o paciente, ou seja, ambos usam a palavra “eu”.

T: Parece, a partir do que você está dizendo, que ainda acredita, de alguma maneira, que você é incompetente porque não foi tão bem nos estudos no semestre passado como você desejaria ter ido.

P: É.

T: Eu gostaria de obter um número maior de evidências que ainda apóiam a sua crença.

P: Ok.

T: O que eu gostaria de fazer com você é uma dramatização (*role-play*). Eu farei a parte “racional” de seu pensamento, que intelectualmente sabe que eu não sou totalmente inadequada apenas porque não tirei tudo A. Eu gostaria que você encenasse a parte “emocional” de seu pensamento, aquela sua voz interna que realmente ainda acredita que você *é* incapaz. Eu quero que você discuta comigo tão acirradamente quanto você puder para que eu realmente possa ver o que está mantendo a sua crença, ok?

P: Certo.

T: Ok, você começa. Diga “Eu sou incompetente porque eu não tirei A em tudo”.

P: Eu sou incompetente porque eu não tirei A em tudo.

T: Não, eu não sou. Eu tenho uma *crença* de que eu sou incompetente, mas eu sou razoavelmente competente a maior parte do tempo.

P: Não, eu não sou. Se eu fosse verdadeiramente capaz e competente, eu *teria* tirado tudo A no semestre passado.

T: Isso não é verdade. Competência e capacidade não correspondem a uma total perfeição acadêmica. Se isso fosse verdade, apenas 1% dos estudantes no mundo seria capaz e todo o resto seria incapaz.

P: Bem, eu tirei um C em química. Isso *prova* que eu sou inadequada.

T: Isso não está certo também. Se eu não tivesse passado na cadeira, *talvez* pudesse ser razoável dizer que eu não fui suficientemente bem em química, mas isso não me torna incapacitada para *tudo*. Além disso, talvez eu realmente seja boa para química, mas eu fui mal por outras razões; por exemplo, eu estava deprimida e não consegui me concentrar no meu estudo.

P: Mas, em primeiro lugar, uma pessoa verdadeiramente competente não teria se tornado deprimida.

T: Na realidade, até mesmo pessoas verdadeiramente capacitadas ficam deprimidas. Não há uma conexão aí. E quando pessoas verdadeiramente capacitadas se tornam deprimidas, sua concentração e motivação definitivamente sofrem e elas não desempenham seu papel tão bem quanto o usual, mas isso não significa que elas sejam totalmente incapacitadas.

P: Eu acho que isso é verdade. Elas estão apenas deprimidas.

T: Você está certa, mas você está fora do papel. Alguma outra evidência a favor de que você é completamente incapaz?

P: (*Pensa por um momento.*) Não. Eu acho que não.

T: Bem, e se nós trocássemos os papéis agora e se, dessa vez, você fosse a parte “racional” que discute com a minha parte “emocional”? E eu usarei os seus mesmos argumentos.

P: Ok.

T: Eu começarei. “Eu sou incompetente porque eu não tiro A em tudo.”

Trocar papéis oferece ao paciente uma oportunidade para verbalizar os argumentos racionais que acabaram de ser modelados pelo terapeuta. O terapeuta usa o mesmo raciocínio “emocional” que o paciente usou e tenta também usar as mesmas palavras. Usar as próprias palavras do paciente e não introduzir um material novo ajuda-o a responder mais precisamente às suas preocupações específicas.

Se o paciente é incapaz de formular uma resposta enquanto está no papel “racional”, o paciente e o terapeuta podem trocar os papéis temporariamente ou ambos podem sair do papel para discutir um possível ponto “emperrado”. Como com qualquer técnica de modificação de crença, o terapeuta avalia tanto sua efetividade como o grau no qual o paciente necessitaria de um trabalho adicional a respeito dessa crença. Ele faz isso pedindo ao paciente para classificar o quanto ele acredita na crença após a intervenção terapêutica.

Muitos pacientes consideram útil a encenação (*role-play*) do papel racional-emocional, no entanto alguns poucos sentem-se desconfortáveis ao fazerem isso. Assim como qualquer intervenção, a decisão de usar essa técnica deveria ser um consenso. Porque esta é uma técnica muito mais argumentativa do que a maioria, o terapeuta toma cuidado para evitar que o paciente a perceba como confrontativa ao observar suas reações não-verbais durante o *role-play*. Ele também toma cuidado para certificar-se de que o paciente não se sente criticado ou desvalorizado pelo fato de o terapeuta haver (momentaneamente) ressaltado seu pensamento em relação à parte emocional.

Usando Outras Pessoas como um Ponto de Referência para a Modificação de Crenças

Quando os pacientes consideram as crenças de *outras* pessoas, freqüentemente eles obtêm uma distância psicológica das suas próprias crenças disfuncionais e começam a ver uma inconsistência entre o que eles acreditam que é verdadeiro ou certo para si mesmos e o que eles mais objetivamente acreditam que é verdadeiro a respeito de outras pessoas. A seguir, estão quatro exemplos de se usar outras pessoas como ponto de referência para obter o distanciamento.

Exemplo 1

T: Sally, você mencionou, na semana passada, que pensa que a sua prima Emily tem uma crença diferente sobre ter que fazer tudo de maneira perfeita.

P: É.

T: Você poderia colocar em palavras qual você pensa ser a crença dela?

P: Ela pensa que não tem que fazer as coisas de forma perfeita. Ela é uma pessoa boa, não importando o que venha a acontecer.

T: Você acredita que ela está certa? Que ela não tem que ser perfeita para ser uma pessoa boa?

P: Oh, sim.

T: Você a vê como totalmente incapaz?

- P: Oh, não. Ela poderia tirar notas não muito boas, mas ela certamente é capacitada.
- T: Eu fico pensando se a crença de Emily não poderia se aplicar a você: “Se eu não faço as coisas de forma perfeita eu ainda sou uma boa pessoa, capaz.”
- P: Hmmmm.
- T: Há algo diferente sobre Emily que a torna boa e capacitada não importando quão bem ou mal ela faça as coisas, mas não você?
- P: (*Pensa um momento.*) Não. Eu acho que não. Eu acho que eu realmente não tinha pensado desse modo.
- T: Quanto você acredita agora na afirmação “Se eu não faço as coisas com excelência, eu sou incapaz.”?
- P: Menos, talvez 60%.
- T: E quanto você acredita nesta nova crença: “Se eu não faço as coisas com excelência eu ainda sou uma pessoa capaz, boa?”
- P: Mais do que antes. Talvez 70%.
- T: Bom. E se você escrevesse a crença nova e começasse a fazer uma lista das evidências que apóiam essa nova crença?

Nesse ponto, o terapeuta poderia introduzir a Minuta de Crença Central, descrita no Capítulo 11, que pode ser usada tanto para crenças centrais como para crenças intermediárias.

Exemplo 2

Um outro meio para ajudar o paciente a modificar uma crença intermediária ou central é fazê-lo identificar alguém que claramente parece ter a mesma crença disfuncional. Às vezes, o paciente pode ver a distorção na crença de alguém mais e aplicar esse *insight* para si mesmo. Essa técnica é análoga à pergunta no Registro de Pensamento Disfuncional: “Se (nome de amigo) estivesse nessa situação e tivesse este pensamento, o que eu diria a ele/ela?”

- T: Você conhece alguém mais que pensa ter a mesma crença que você: “Se eu não trabalhar com dedicação, eu falharei?”
- P: Eu tenho certeza que a minha amiga, Donna, que está cursando o segundo grau, acredita nisso. Ela está sempre estudando, dia e noite.
- T: Quão preciso você pensa que essa crença é para ela?
- P: Oh, não é, em absoluto. Ela é muito inteligente. Ela provavelmente não conseguiria falhar mesmo se ela tentasse.
- T: É possível que ela pudesse considerar algo menos do que um A como um fracasso, uma incapacidade, também?
- P: Sim, eu sei que ela consideraria isso.
- T: E você concorda com ela, que, se ela tirasse um B, então teria fracassado?
- P: Não, é claro que não.

- T: Como você veria isso?
- P: Ela tirou um B. Uma nota boa, não a melhor, mas não um *fracasso*.
- T: Que crença você gostaria que ela tivesse?
- P: É bom trabalhar intensamente e tentar tirar várias notas A, mas não é o fim do mundo se você não as tira. E isso não significa que você fracassou.
- T: Como tudo isso se aplica a você?
- P: Hmmm. Eu acho que é o mesmo.
- T: Você poderia especificar o que é o mesmo?
- P: Que eu não sou uma fracassada apenas porque não tiro A em tudo. No entanto, eu ainda penso que deveria trabalhar arduamente.
- T: Certo. É razoável querer trabalhar duramente e desempenhar bem a sua função. A parte não razoável é acreditar que você fracassou porque deixou de fazer as coisas perfeitamente. Você concorda com isso?

Exemplo 3

O terapeuta também poderia fazer um *role-play* com o paciente no qual ele o instrui a convencer uma outra pessoa de que a crença que ambos partilham é inválida para o outro.

- T: Sally, você diz achar que a sua colega de quarto também acredita que ela não deveria procurar um professor para pedir ajuda porque ele poderia pensar que ela está despreparada ou não é suficientemente inteligente?
- P: Sim.
- T: Você concorda com ela?
- P: Não. Ela provavelmente está errada. Mas mesmo se ele for crítico, isso não significa que esteja certo.
- T: Nós poderíamos tentar encenar isso? Eu serei a sua colega de quarto; você me dará conselho. Não me deixe ir embora com nenhum pensamento distorcido, ok?
- P: Ok.
- T: Eu começarei. Sally, eu não entendo isso aqui. O que eu deveria fazer?
- P: Procure o professor.
- T: Oh, eu não poderia fazer isso. Ele pensará que eu sou burra. Ele pensará que eu estou desperdiçando o tempo dele.
- P: Ei, é o trabalho dele ajudar os alunos!
- T: Mas ele provavelmente não gosta de estudantes o incomodando.
- P: No entanto, é para isso que ele está sendo pago. De qualquer modo, bons professores gostam de ajudar os alunos. Se ele é impaciente, isso revela algo sobre ele, não sobre você.
- T: Mas mesmo se ele não se importar de ajudar, ele descobrirá quão confusa eu estou.

P: Isso está certo. Ele não esperará que você saiba tudo. É por isso que você o está procurando.

T: E se ele pensar que eu sou burra?

P: Antes de tudo, você não estaria aqui se você fosse burra. Segundo, se ele de fato espera que você saiba tudo, ele está simplesmente errado. Se você de fato soubesse tudo, você não estaria provavelmente fazendo a cadeira dele.

T: Eu ainda acho que não deveria ir.

P: Não, você deveria. Não deixe que uma atitude esnobe dele a faça sentir que você está impondo-se ou que você é burra. Você não é.

T: Ok. Eu estou convencida. Fora do papel, de que forma o conselho que você deu para a sua colega de quarto se aplica a você?

Exemplo 4

Finalmente, muitos pacientes podem distanciar-se de uma crença imaginando ou usando seus próprios filhos como um ponto de referência.

T: Sally, então você acredita 80% que fracassou, se você não fez as coisas tão bem quanto todos os outros?

P: É.

T: Eu fico pensando, você pode imaginar ter uma filha? Ela tem dez anos e está na quinta série. Um dia, volta para casa muito angustiada porque os amigos dela tiraram A em um teste e ela tirou C. Você gostaria que ela acreditasse que é um fracasso?

P: Não, é claro que não.

T: Por que não?.... O que você gostaria que ela acreditasse? (*A paciente responde.*) Agora, como o que nós acabamos de discutir se aplica a você?

Encenando “Como Se”

Mudanças em crença com frequência conduzem a mudanças correspondentes em um comportamento, e mudanças de comportamento, por sua vez, em geral conduzem a mudanças correspondentes em uma crença. Se uma crença é relativamente fraca, o paciente pode ser capaz de mudar um comportamento de maneira fácil e rápida, sem muita intervenção cognitiva. Muitas crenças de fato requerem alguma modificação antes que o paciente esteja disposto a mudar comportamentalmente. No entanto, invariavelmente apenas *alguma* modificação de crença, não completa mudança de crença, é necessária. Uma vez que o paciente comece a mudar seu comportamento, a própria crença se torna um pouco mais atenuada (o que torna mais fácil de continuar o novo comportamento, que adicionalmente atenua a crença, e assim por diante, em um espiral ascendente e positivo).

T: Ok, Sally, quanto você acredita *agora* que é um sinal de fracasso pedir ajuda?

P: Não tanto. Talvez 50%.

- T: Isso é uma boa queda. Seria para o seu benefício agir como se você não acreditasse em absoluto nisso?
- P: Não tenho certeza se eu entendi o que você quer dizer.
- T: Se você não acreditasse que era um sinal de fracasso, de fato, se você acreditasse que era *bom* pedir ajuda, o que você poderia fazer esta semana?
- P: Bem, se eu estivesse ponderando sobre ir procurar o professor-assistente. Eu acho que, se realmente acreditasse que era *bom* pedir ajuda, eu pediria.
- T: Algo mais?
- P: Bem, eu poderia tentar encontrar um professor particular para economia... eu poderia pedir anotações de aula emprestadas de um sujeito no andar de baixo
- T: Ei, isso é bom. E que coisas positivas poderiam acontecer se você fizesse alguma dessas coisas?
- P: (Ri.) Eu poderia obter a ajuda de que preciso.
- T: Você acha que está pronta, esta semana, para agir como se você acreditasse que é uma coisa boa pedir ajuda?
- P: Talvez.
- T: Ok, em um minuto, nós descobriremos que pensamentos poderiam atrapalhar, mas, primeiro, que tal se você anotasse essas idéias que teve. E você deseja escrever esta técnica para ajudá-la a seguir adiante? Aja *como se* você acreditasse na nova crença mesmo que você não acredite nela totalmente.

Esta técnica de encenar o “como se” é igualmente aplicável a crenças centrais assim como as técnicas de modificação de crenças intermediárias e precedentes.

Utilizando Auto-Revelação Para Modificar Crenças

Auto-revelação apropriada e judiciosa pelo terapeuta pode ajudar alguns pacientes a verem seus problemas ou crenças de uma forma diferente. A auto-revelação, evidentemente, seria genuína e relevante.

- T: Você sabe, Sally, quando eu estava na faculdade eu tive algum problema em pedir ajuda aos professores porque pensava que eu estaria mostrando a minha ignorância também. E para te dizer a verdade, as poucas vezes que eu realmente procurei auxílio, tive resultados mistos. Algumas vezes, os professores foram realmente simpáticos e prestativos. Mas outras vezes, eles foram bastante rudes, simplesmente me disseram para reler um capítulo ou fazer algo. O ponto é: apenas porque eu não entendi algo não quer dizer que eu seja incapaz. E os professores que foram rudes - bem, eu penso que isso revelou muito sobre eles, não sobre mim. O que você acha?

Em suma, o terapeuta ajuda o paciente a *identificar* as crenças intermediárias reconhecendo quando uma crença foi expressa como um pensamento automático,

proveniente de uma suposição, obtendo diretamente uma regra ou uma atitude, usando a técnica da flecha descendente, procurando temas comuns entre os pensamentos automáticos do paciente e/ou revisando um questionário breve de crenças preenchido pelo paciente. O terapeuta, a seguir, determina quão *importante* a crença é apurando quão fortemente o paciente acredita nela e quão ampla e fortemente ela afeta seu funcionamento. Então, ele decide quanto a começar a tarefa *modificando-a* na sessão presente ou aguardando as sessões futuras. Quando começa o trabalho de modificação de crenças, o terapeuta *educa* o paciente sobre a natureza de crenças, *muda regras e atitudes em forma de suposição* e explora as *vantagens e desvantagens* de uma determinada crença. Ele mentalmente *formula uma nova crença mais funcional* e orienta o paciente em direção a sua adoção através de muitas *técnicas de modificação de crença*, incluindo o questionamento socrático, as experiências comportamentais, continuum cognitivo, *roleplay* racional-emocional, uso de outros como um ponto de referência, agindo “como se” e a auto-revelação. Essas técnicas muitas vezes são um tanto mais persuasivas do que o questionamento socrático padrão dos pensamentos automáticos porque as crenças são muito mais rigidamente mantidas. Essas mesmas técnicas também podem ser usadas para modificar crenças centrais.

11

AS CRENÇAS CENTRAIS

As crenças centrais, conforme descritas no Capítulo 2, são as idéias mais centrais da pessoa a respeito do *self*, e alguns autores referem-se a elas pela denominação de esquemas. Beck (1964) diferencia os dois conceitos sugerindo que os esquemas são estruturas cognitivas dentro do pensamento, cujo conteúdo específico são as crenças centrais. Ademais, ele teoriza ainda que as crenças centrais negativas essencialmente se encaixam em duas categorias amplas: as associadas a desamparo e as associadas ao fato de não ser amado (Beck, no prelo). Alguns pacientes têm crenças centrais que se encaixam em uma das categorias, enquanto outros têm crenças centrais que se encaixam em ambas as classes.

Essas crenças se desenvolvem na infância à medida que a criança interage com outras pessoas significativas e encontra uma série de situações que confirmem essa idéia. Durante grande parte de suas vidas, a maioria das pessoas pode manter as crenças centrais relativamente positivas (por exemplo, “Eu estou substancialmente em controle”; “Eu posso fazer a maioria das coisas de forma competente”; “Eu sou um ser humano funcional”; “Eu sou amável”; “Eu sou digno”). As crenças centrais negativas podem vir à tona apenas durante momentos de aflição psicológica. (Alguns pacientes com transtorno de personalidade, no entanto, podem ter as crenças centrais negativas quase que continuamente ativadas.) Frequentemente, ao contrário dos pensamentos automáticos, a crença central que os pacientes “sabem” ser verdade sobre si mesmos não é totalmente percebida até que o terapeuta descasque as camadas, continuando a perguntar pelo sentido dos pensamentos do paciente como no exercício da flecha descendente mencionado anteriormente.

É importante observar que os paciente também podem ter as crenças centrais negativas sobre outras pessoas e seus mundos, como, por exemplo, “As outras pessoas não são confiáveis”; “As outras pessoas vão magoar-me”; “O mundo é um lugar corrompido.” Idéias supergeneralizadas, estabelecidas, como essas, com frequência precisam ser avaliadas e modificadas além das crenças centrais sobre o eu.

Sally, conforme descrevemos anteriormente, de fato via a si mesma como competente e amável a maior parte do tempo, até que ela se tornou deprimida em função de uma crença latente (“Eu sou incapaz”) que se tornou ativada. Seu terapeuta determinou que eles deveriam trabalhar diretamente sobre modificar essa crença central

não apenas para aliviar sua depressão atual, mas também para prevenir e/ou reduzir a severidade de episódios futuros.

As crenças centrais negativas são usualmente globais, supergeneralizadas e absolutistas. Quando uma crença central é ativada, o paciente é facilmente capaz de processar informações que a apóiam, mas ele freqüentemente falha em reconhecer e distorce as informações que são contrárias à crença central. Sally, por exemplo, via a si mesma basicamente de uma forma realisticamente positiva, equilibrada, até se tornar deprimida, quando então acreditou ser quase completamente incapaz. Qualquer evidência em contrário, como seu desempenho competente em algumas das suas aulas, foi ignorado ou desconsiderado: “Ir bem em literatura inglesa não significa que eu sou adequada; eu apenas tenho facilidade nisso.” Evidências apoiando sua crença sobre inadequação, no entanto, foram prontamente processadas e, então, supergeneralizadas: “Tirar um C no meu teste de economia mostra quão inadequada eu sou.”

Conforme enfatizado ao longo deste volume, o terapeuta começa a formular uma conceituação (incluindo as crenças centrais) desde o início da terapia, fazendo isso a princípio mentalmente ou particularmente no papel. Em algum momento na terapia, ele partilha sua conceituação com o paciente, apresentando-a em forma de hipótese e perguntando se isso “parece ser verdadeiro” para ele.

A fim de decidir quando e quanto de sua conceituação partilhar com um paciente, o terapeuta considera o seguinte: quão forte é sua aliança terapêutica, quão fortemente o paciente acredita no modelo cognitivo, quão ativadas estão suas crenças centrais na sessão, o quanto de *insight* ele já tem, quão concreto é o seu pensamento, e assim por diante. Então, embora o terapeuta tenha estado conceituando as crenças centrais do paciente desde o início, ele cuidadosamente escolhe quando e como compartilhar seu entendimento com o paciente. De igual modo, ele escolhe quando e como tentará começar a modificar a crença central. Os terapeutas em geral ensinam os pacientes a aprender as ferramentas de identificar, avaliar e adaptativamente responder aos pensamentos automáticos e crenças intermediárias utilizando as mesmas ferramentas para as crenças centrais.

Às vezes, no entanto, o terapeuta e o paciente automaticamente tentam avaliar, no início da terapia, uma crença central pelo fato de ela ter sido expressa em forma de um pensamento automático, e tal avaliação freqüentemente exerce pouco efeito. Em um outro caso, o terapeuta pode intencionalmente testar a modificabilidade de uma crença central mesmo antes que eles tenham feito muito trabalho em nível de pensamento automático e de crença intermediária.

O grau de dificuldade para identificar e modificar as crenças centrais varia de paciente a paciente. Em geral, os pacientes que estão em aflição emocional significativa são os mais facilmente capazes (do que os outros) de expressar as suas crenças centrais pelo fato de essas crenças estarem ativadas na sessão. E, de modo geral, é muito mais fácil modificar as crenças centrais negativas de pacientes do Eixo I, cujas crenças centrais positivas de contrapeso estiveram ativadas ao longo de grande parte de suas vidas. As crenças centrais negativas de pacientes com transtorno de personalidade são

usualmente muito mais difíceis de serem modificadas (Beck et al., 1990; Young, 1990) porque eles tipicamente têm menos crenças centrais positivas e desenvolveram uma aglomeração de crenças centrais negativas que se interconectam, apoiando umas às outras como uma rede.

Ao identificar e modificar as crenças centrais, o terapeuta, no transcorrer da terapia, faz o seguinte (cada etapa é descrita posteriormente neste capítulo):

1. Mentalmente levanta hipóteses de qual categoria de crença central (“desamparo” ou “não-amabilidade”) os pensamentos automáticos específicos parecem ter surgido.
2. Especifica a crença central (para si mesmo) usando as mesmas técnicas que usa para identificar as crenças intermediárias do paciente.
3. Apresenta para o paciente sua hipótese sobre a(s) crença(s) central(is), solicitando sua confirmação ou não; à medida que o paciente oferece dados adicionais sobre situações atuais e de infância e suas reações a elas, o terapeuta refina a sua hipótese a respeito da crença central.
4. Educa o paciente sobre crenças centrais em geral e sobre sua crença central específica; orienta o paciente no presente para monitorar a operação da sua crença central.
5. Começa a avaliar e modificar a crença central com o paciente; auxilia-o a especificar uma nova crença central mais adaptativa; examina a origem infantil da crença central, sua manutenção ao longo dos anos e sua contribuição para as dificuldades atuais do paciente; continua a monitorar a ativação da crença central no presente; usa métodos “racional” para reduzir a força da antiga crença central e para aumentar a força da nova crença central e usa técnicas experienciais ou “emocionais” com afeto intensificado quando o paciente não mais acredita em uma crença central “racional” ou “intelectualmente”, mas ainda acredita nela de maneira “emocional”.

■ CATEGORIZANDO AS CRENÇAS CENTRAIS

Conforme mencionado anteriormente, as crenças centrais dos pacientes podem ser categorizadas na esfera do desamparo, na esfera do não ser amado ou em ambas as esferas. Sempre que o paciente apresenta dados (problemas, pensamentos automáticos, emoções, comportamento, história), o terapeuta “presta atenção” na categoria da crença central que parece ter sido ativada. Por exemplo, quando Sally expressa pensamentos sobre o fato de seu trabalho ser muito difícil, sobre sua falta de habilidade em concentrar-se e sobre seus medos de falhar, seu terapeuta levanta a hipótese de que estava ativada sob essa categoria uma crença central. (Uma outra paciente consistentemente expressa pensamentos sobre o fato de os outros não se pre-

ocuparem com ela e expressa alguns medos de que ela seja muito diferente dos outros a ponto de manter um relacionamento futuro. Essa paciente tem uma crença central na categoria do não ser amada.)

A parte superior da Figura 11.1 apresenta algumas crenças centrais típicas na categoria do desamparo. Os temas incluem ser pessoalmente desamparado (sou impotente, ou vulnerável, estou sem saída, estou fora de controle, sou fraco, sou carente) e não estar à altura em termos de conquistas (sou um fracasso, sou inferior, não sou bom o suficiente, sou perdedor, sou desrespeitado).

A parte inferior da Figura 11.1 menciona as crenças centrais típicas na categoria do não ser amado (não ser querido). Os temas incluem ser indigno, indesejável e não estar à altura (não em termos de conquistas, mas de ser defeituoso de modo que impeça a obtenção de amor e cuidados oferecidos por outros).

Crenças Centrais de Desamparo

Eu sou desamparado.	Eu sou inadequado.
Eu sou impotente.	Eu sou ineficiente.
Eu estou fora de controle.	Eu sou incompetente.
Eu sou fraco.	Eu sou um fracasso.
Eu sou vulnerável.	Eu sou desrespeitado.
Eu sou carente.	Eu sou defeituoso (ou seja, eu não chego à altura dos outros).
Eu estou sem saída.	Eu não sou bom o suficiente (em termos de conquistas).

Crenças Centrais de Não Ser Querido (falta de amor)

Eu não sou capaz de ser amado.	Eu não tenho valor.
Eu sou capaz de ser querido.	Eu sou diferente.
Eu sou indesejável.	Eu sou imperfeito (ou seja, então os outros não irão me amar).
Eu não sou atraente.	Eu não sou bom o suficiente (para ser amado pelos outros).
Ninguém me quer.	Eu estou a ponto de ser rejeitado.
Ninguém liga para mim.	Eu estou condenado a ser abandonado.
Eu sou mau.	Eu estou a ponto de ficar sozinho.

FIGURA 11.1. Categorias de crenças centrais. Copyright: 1995, por Judith S. Beck, Ph.D.

Às vezes, está claro em que categoria pertence uma determinada crença central, especialmente quando o paciente realmente usa palavras do tipo “eu sou desamparado” ou “eu não sou querido”. Outras vezes, o terapeuta pode não saber inicialmente que categoria de crença central foi ativada, por exemplo, um paciente deprimido diz: “Eu não sou bom o suficiente.” O terapeuta, então, precisa apurar o sentido do pensamento para determinar se o paciente acredita que não é bom o suficiente para ganhar respeito ou para obter respeito (categoria desamparado) ou se ele não é bom o suficiente a ponto de que os outros venham a amá-lo (categoria “não ser querido”).

Resumindo, o terapeuta mentalmente começa a formular uma hipótese sobre as crenças centrais de um paciente sempre que o mesmo oferece dados na forma de suas reações a situações (pensamentos automáticos e seus sentidos, emoções e comportamentos associados). Ele primeiro faz uma distinção grosseira (para si próprio) entre cognições que parecem encaixar na categoria desamparo e na categoria não ser querido.

■ IDENTIFICANDO AS CRENÇAS CENTRAIS

Para reconhecer a crença central específica do paciente, o terapeuta usa as mesmas técnicas que ele utilizou para identificar suas crenças intermediárias (ver Capítulo 10). Além da técnica da *flecha descendente*, ele procura *temas centrais nos pensamentos automáticos do paciente*, mantém-se alerta para *crenças centrais expressas como pensamentos automáticos* e *obtem diretamente* a crença central.

Comumente o terapeuta identifica uma crença central de imediato na terapia, a fim de conceituar o paciente e planejar as sessões subseqüentes. Ele pode colher dados e até mesmo tentar ajudar o paciente a avaliar a crença central. Em muitos casos, uma avaliação precoce é inefetiva, mas ajuda o terapeuta a testar a força, amplitude e modificabilidade da crença central.

TERAPEUTA: O que passou pela sua cabeça quando você não conseguiu terminar a tarefa de estatística?

PACIENTE: Eu não consigo fazer nada certo. Eu jamais serei capaz de ficar aqui.

T: E se isso for verdade, que você não pode fazer nada certo e que você não pode ficar aqui, o que isso significa? (*técnica da flecha descendente*)

P: Eu sou um caso perdido. Eu sou tão incapaz. (*crença central*)

T: Quanto você acredita que é incapaz?

P: Oh, 100%

T: E quão incapaz você é, um pouco, muito?

P: Completamente, sou completamente incapaz.

T: De todos os modos?

P: De quase todos.

T: Há quaisquer evidências de que você não é incapaz?

P: Não... Não, eu não penso que existam.

T: Você disse que estava indo bem nos seus outros cursos?

P: Sim, mas não tão bem quanto eu deveria estar.

T: O fato de que você está bem neles contradiz essa idéia de que você é incapaz?

P: Não, se eu fosse realmente capaz eu estaria indo muito melhor.

T: E quanto a outras partes da sua vida - administrar o seu apartamento, administrar suas finanças, cuidar de si mesma...?

P: Eu estou bastante mal nisso também.

T: Então, essa idéia de que você é incapaz se estende a outras coisas também?

P: A quase tudo.

T: Ok, eu tenho que ver quão fortemente você acredita nessa idéia agora. Nós voltaremos a ela em um outro momento.

Aqui o terapeuta utiliza a técnica da flecha descendente para identificar uma idéia que ele conceitua como uma crença central. Ele gentilmente testa sua força, amplitude e modificabilidade e decide não buscar avaliação adicional neste momento. No entanto, ele a rotula como uma “idéia” (implicando que ela não necessariamente é uma verdade) e a marca como um tópico futuro.

■ APRESENTANDO AS CRENÇAS CENTRAIS

Quando o terapeuta acredita que colheu dados suficientes para levantar uma hipótese sobre a crença central e quando ele acredita que o paciente será suficientemente receptivo, ele experimentalmente apresenta sua conceituação para o paciente.

T: Sally, nós falamos sobre vários problemas nas últimas semanas – seu estudo, decisões sobre como passar o verão, seu trabalho voluntário. Parece que por trás de todos estes problemas há uma idéia que você tem sobre si mesma, de que você é incapaz. Isso está certo?

P: É. Eu acho que sim.

Ou ele poderia revisar com a paciente alguns dos pensamentos automáticos relacionados que ela teve em uma variedade de situações e, então, pedir à paciente para tirar uma conclusão sobre um tema subjacente (“Sally, você vê um tema comum nesses pensamentos automáticos?”).

Com determinados pacientes, o terapeuta utiliza, inicialmente na terapia, o Diagrama de Conceituação de Caso (ver Capítulo 10, Figura 10.1). Com ou sem o diagrama, ele poderia brevemente explorar alguns precursores na infância.

T: Você lembra de sentir-se incapaz assim em outros momentos na sua vida também? Quando criança?

P: Sim, muito. Eu lembro de nunca ser capaz de fazer coisas que o meu irmão conseguia.

T: Você pode dar-me alguns exemplos?

Obter os dados históricos auxilia o terapeuta em um momento posterior, quando ele levanta hipóteses sobre a paciente, acerca de como ela veio a acreditar em uma crença central e explica como ela poderia não ser verdadeira em parte ou não-verdadeira de um modo geral, embora, no momento, ela acredite fortemente nisso.

■ EDUCANDO O PACIENTE SOBRE AS CRENÇAS CENTRAIS E MONITORANDO SUAS OPERAÇÕES

É importante para a paciente entender o seguinte sobre sua crença central:

- Que isso é uma idéia, não necessariamente uma verdade.
- Que ela pode, com convicção, acreditar nisso, até mesmo “sentir” que é verdade e ainda assim que ela seja, em grande parte ou inteiramente, não-verdadeira.
- Que a crença central está enraizada em eventos da infância e que pode ou não ter sido verdadeira no momento em que a paciente imediatamente veio a acreditar nela.
- Que a crença central continua a ser mantida através da operação dos seus esquemas, nos quais a paciente prontamente as reconhece em forma de dados que a apóiam enquanto ignora ou reduz dados em contrário.
- Que ela e o terapeuta, trabalhando juntos, podem usar uma variedade de estratégias ao longo do tempo para mudar essa idéia, de modo que a paciente possa ver a si mesma de uma forma mais realista.

Na transcrição a seguir, o terapeuta educa Sally sobre a sua crença central. (Ela anteriormente confirmara a conceituação que apresentara.)

T: Sally, isso (seu pensamento automático de que não será capaz de escrever seu trabalho de economia) parece familiar? Você pensa que sua idéia de ser incapaz poderia estar atrapalhando-lhe?

P: É. Eu me sinto mesmo inadequada.

T: Bem, Sally, uma entre duas coisas está acontecendo. O problema é se você realmente é incompetente e nós temos que fazer algum trabalho juntos para torná-la mais competente... ou o problema é que você *acredita* que é

incompetente e, às vezes, você acredita nisso tão fortemente que você realmente *age* de uma forma inapta, como não ir à biblioteca para começar a pesquisar para o seu trabalho. O que você acha?

P: Eu não sei.

T: Por que nós não fazemos com que você escreva essas duas possibilidades no papel? Isso é o que eu gostaria de começar a fazer na terapia, se estiver bem para você, ver que possibilidade parece ser mais verdadeira - que você realmente *é* ou que você *acredita* ser incapaz.

Posteriormente, nesta sessão ou em outra sessão, o terapeuta explica as crenças centrais para Sally, em pequenos segmentos, certificando-se de que ela entende à medida que o terapeuta prossegue.

T: Esta idéia - “Eu sou incapaz” - é o que nós chamamos de uma crença central. Deixe-me contar a você um pouco sobre as crenças centrais para que entenda por que elas são mais difíceis de avaliar e responder. Antes de tudo, uma crença central é uma idéia na qual você pode não acreditar muito quando você não está deprimida. Por outro lado, nós esperaríamos que você acreditasse nela quase completamente quando *está* deprimida, mesmo que haja evidências em contrário. Você me acompanhou até aqui?

P: Sim.

T: Quando você fica deprimida, essa idéia se torna ativada e quando ativada você perceberá facilmente qualquer evidência que pareça apoiá-la. Você, então, tenderá a ignorar qualquer evidência que a contradiga. É como se houvesse uma tela ao redor da sua cabeça. Qualquer coisa que se encaixe na idéia de que você é incapaz atravessa direto a tela até a sua cabeça. Qualquer informação que contradiga a idéia não atravessará a tela e, então, você não a perceberá ou a mudará de algum modo para que ela assim possa *atravessar* a tela. Você acha que poderia estar selecionando informações dessa forma?

P: Eu não tenho certeza.

T: Bem, vejamos. Revisando as últimas semanas, que evidências há de que você *poderia ser capaz*?

P: Ummm... Eu tirei um A - no meu exame de estatística.

T: Bom! E essa evidência atravessou direto a tela? Você disse para si mesma “Eu tirei um A - ; isso significa que eu sou inteligente, capacitada ou uma boa aluna” ou alguma outra coisa parecida?

P: Não. Eu disse, “Bem, o exame estava fácil. Eu aprendi algumas dessas coisas no ano passado.”

T: Oh, então parece que a tela *estava* funcionando. Você vê como desconsiderou a informação que contradisse a sua crença central “Eu sou incapaz?”

P: Hmmm.

- T: Você pode pensar em algum outro exemplo desta semana? Algumas situações nas quais uma pessoa razoável poderia pensar alguma coisa que você fez, que mostrou que você era capacitada, mesmo que você não pensasse assim?
- P: (*Pensa por um momento.*) Bem, eu ajudei a minha colega de quarto a descobrir como resolver um problema com o pai dela. Mas isso não conta; qualquer um poderia ter feito o que eu fiz.
- T: Bom exemplo. Novamente, parece como se você não tivesse reconhecido informações que não se encaixam com “Eu sou incapaz.” Eu vou deixar você pensar sobre quão verdadeira a idéia é de que qualquer um poderia ter feito o que você fez. Talvez esse seja um outro exemplo de não dar a si mesma crédito quando uma outra pessoa poderia ter pensado que isso é uma evidência de que você *não* é incapaz.
- P: Bem, minha colega de quarto de fato pensou que eu a ajudei muito.
- T: Ok, apenas para resumir, “Eu sou incapaz” parece ser a crença central que lhe acompanha há um longo tempo e na qual você acredita muito mais fortemente quando está deprimida. Você pode resumir como ela parece funcionar?
- P: Bem, você está dizendo que quando eu estou deprimida eu aceito informações que concordam com isso e que eu rejeito as informações que não concordam.
- T: Certo. Que tal se para tarefa de casa, esta semana, você tentasse observar cada dia como a tela está operando - anotando informações que parecem apoiar a idéia de que você é incapaz. E aqui está a parte mais difícil. Realmente recolher e anotar qualquer informação que uma outra pessoa poderia pensar que contradiga isso. Ok?

Na sessão seguinte, o terapeuta explica por que Sally acredita de maneira tão intensa em sua crença central e como ela ainda poderia ser falsa.

- T: Ok, você fez um bom trabalho, esta semana, percebendo como você tende a aceitar apenas as informações negativas que parecem apoiar a sua idéia de que você é incapaz. Conforme nós previmos, foi muito mais difícil reconhecer as informações positivas que contradizem a sua idéia.
- P: É. Eu não fiz isso muito bem.
- T: Você está sentindo-se incapaz agora?
- P: (*Ri.*) Sim. Eu acho que sim.
- T: A tela está funcionando neste momento? Você colocou mais ênfase na parte da tarefa de casa que você não fez tão bem e esqueceu sobre a parte que você fez bem?
- P: Eu acho que sim.
- T: Qual você pensa ser o efeito de ter uma tela como essa?
- P: Faz-me não perceber as coisas boas.
- T: Certo. E, dia após dia, o que acontece com esta idéia: “Eu sou incapaz?”
- P: Ela fica mais forte, eu acho.

T: Certo. Ao ponto em que ela “parece” ser verdadeira, mesmo que ela não seja.

P: Hmmm.

T: Você vê agora como a idéia de que você é incapaz *poderia* ser falsa, embora pareça tão verdadeira?

P: Bem, eu entendo isso mais ou menos intelectualmente, mas eu ainda de fato me *sinto* incapaz.

T: Isso é bastante comum. Nas próximas semanas, nós continuaremos a avaliar essa idéia. E, então, nós trabalharemos juntos ajudando a parte racional mais razoável de seu pensamento a conversar com o lado mais emocional. Ok?

P: Certo.

Biblioterapia pode reforçar o importante trabalho de crença central da terapia. Dois livros em particular, *Prisoners of Belief* (McKay & Fanning, 1991) e *Reinventing Your Life* (Young & Klosko, 1994) são úteis nessa fase da terapia.

■ MODIFICANDO AS CRENÇAS CENTRAIS E FORTALECENDO AS NOVAS

Tendo identificado a crença central negativa, o terapeuta mentalmente projeta uma nova crença mais realista e funcional e orienta o paciente em sua direção. Ele pode usar algumas das técnicas listadas no lado esquerdo da Figura 11.2 para começar a atenuar a crença antiga. Muito em breve, o terapeuta e o paciente colaborativamente desenvolverão uma crença nova mais adaptativa. Uma crença relativamente positiva é, em geral, mais fácil para um paciente adotar do que uma crença que está em um extremo.

Por exemplo:

Crença Central Antiga	Nova Crença Central
Eu não sou (completamente) querida.	Eu sou geralmente uma pessoa querida.
Eu sou má.	Eu sou uma pessoa digna com características positivas e negativas.
Eu sou impotente.	Eu tenho controle sobre muitas coisas.
Eu não sou perfeita.	Eu sou normal, tanto com pontos fortes como com pontos fracos.

O paciente do Eixo I pode ter acreditado na “nova” crença central durante grande parte de sua vida, portanto ela é relativamente fácil de ser especificada. O paciente do Eixo II, em contraste, pode jamais ter tido uma crença central positiva. Portanto, o terapeuta pode precisar ajudá-lo a desenvolver uma crença central positiva alternativa. O terapeuta de Sally considera fácil ajudá-la a colocar em palavras uma crença central mais positiva.

Já descritas

Técnicas de questionamento socrático
 Examinar vantagens e desvantagens
 Role-play racional-emocional
 Agir “como se”
 Experimentos comportamentais
 Continuum cognitivo

Auto-revelação

Técnicas adicionais

Minuta de Crença Central
 Contrastes extremos
 Desenvolver metáforas
 Testes históricos
 Reestruturar memórias antigas
 Cartões de enfrentamento
 (ver Capítulo 12)

FIGURA 11.2. Técnicas para modificar as crenças centrais.

T: Sally, nós estivemos falando sobre esta crença central “Eu sou incapaz”. O que você racionalmente pensa que poderia ser uma crença mais exata?

P: Eu sou capaz?

T: Isso é bom. Ou nós poderíamos trabalhar sobre uma crença nova que poderia ser mais fácil para você adotar, digamos, “Eu sou capaz na maioria das coisas, mas eu sou também apenas humana.” Qual parece ser melhor?

P: A segunda.

■ O RELATÓRIO DE CRENÇA CENTRAL

Tendo identificado a antiga crença central e desenvolvido uma nova, o terapeuta pode introduzir a Minuta de Crença Central (MCC) (ver Figura 11.3). Conforme mencionado anteriormente, é preferível apresentar essa ferramenta após o paciente ter aprendido que algumas de suas idéias (pensamentos automáticos) não são precisas ou que são distorcidas de algum modo. Além disso, o trabalho sobre a crença central é usualmente indicado após o paciente ter exitosamente aprendido o processo de avaliar e modificar seus pensamentos automáticos, ao verdadeiramente entender que ele pode modificar seu pensamento disfuncional e estabelecer uma aliança terapêutica firme com seu terapeuta.

O RELATÓRIO DE CRENÇA CENTRAL

Crença central antiga: *Eu sou incapaz.*

Quanto você acredita na crença central antiga neste momento? (0-100) 60%

* Qual foi o máximo que você acreditou nela esta semana? (0-100) 90%

* Qual foi o mínimo que você acreditou nela esta semana? (0-100) 60%

Nova crença: *Eu sou capacitada em muitas coisas (mas eu sou também apenas humana).*

Quanto você acredita na nova crença no momento? (0-100) 50%

(continua)

Evidências que contradizem a antiga crença central e apóiam a nova crença

Fui bem no trabalho de literatura.

Fiz uma pergunta em estatística.

Entendi esta minuta.

Tirei um B no teste de química.

Tomei decisões sobre o ano que vem.

Providenciei a troca de telefone, da conta bancária, do seguro, etc.

Reuni todas as referências que eu preciso para o trabalho de economia.

Entendi a maior parte do capítulo 6 do livro de estatística.

Expliquei o conceito de estatística para um colega do andar de baixo.

Evidências que apóiam a antiga crença central com reestruturação

Não entendi o conceito de economia na aula, MAS eu não havia lido sobre ele e eu provavelmente o entenderei mais tarde. Na pior das hipóteses, é uma incapacidade, mas talvez possa ser em realidade culpa da professora por não explicá-lo bem o suficiente.

Não procurei o auxiliar de ensino para pedir ajuda, MAS isso não significa que eu sou incapaz. Eu estava nervosa em relação a ir porque eu pensei que deveria ser capaz de descobrir essas coisas sozinha e que ele pensaria que eu estava despreparada.

Tirei um B no meu trabalho de literatura, MAS isso é uma nota boa. Se eu fosse realmente incapaz, eu não estaria nem mesmo na faculdade.

* As situações relacionadas a um aumento ou redução de força da crença deveriam ser tópicos para a agenda?

FIGURA 11.3. Relatório de Crença Central de Sally. Copyright: 1993, por Judith S. Beck, Ph.D.

O Relatório de Crença Central tem duas partes: a parte superior orienta o paciente a identificar e classificar seu grau de crédito na “antiga” crença disfuncional e na “nova” crença mais adaptativa. O terapeuta e o paciente, após a introdução do relatório, preenchem essa parte juntos no começo de cada sessão. A parte de baixo deve ser preenchida pelo paciente, tanto na sessão como para tarefa de casa, à medida que ele monitora a operação de suas crenças e reestrutura as evidências que pareceram apoiar a antiga crença.

T: Sally, deixe-me mostrar-lhe o Relatório de Crença Central, que é apenas uma forma organizada de trabalhar sobre as suas crenças. Aqui, vamos escrever a sua crença central “Eu sou incapaz”, em cima. Quanto você acredita nisso neste momento?

P: Talvez 60%.

- T: Ok, escreva 60% abaixo dela. Agora, para as duas linhas seguintes, pense sobre esta semana passada. Qual foi o máximo e o mínimo que você acreditou nela?
- P: O máximo? Quando eu comecei a estudar para o meu exame de estatística. Noventa por cento, eu acho. E o mínimo? Agora, 60% (*Escreve isso.*)
- T: Na semana passada, nós conversamos sobre uma crença mais adaptativa para não mencionar mais precisa. Você lembra de como nós a fraseamos?
- P: Sim. Eu sou capaz em muitas coisas, mas eu sou também apenas humana.
- T: Bom. Escreva isso sob a crença nova. Quanto você acredita nessa nova crença hoje?
- P: Talvez... 50%.
- T: Ok, Sally, nós podemos preencher essas classificações a cada semana juntos no começo das nossas sessões ou você pode preenchê-las logo antes. Eu gostaria que você mantivesse esse relatório na sua frente durante as nossas sessões para ver se o tópico que nós estamos discutindo é relevante à idéia “Eu sou ou não incapaz”.
- P: Ok.
- T: Começamos agora, juntos, preenchendo a parte inferior, para que possamos aprender como fazer isso, se estiver bem para você. Então, se for útil, você poderá acrescentar a ela todos os dias.
- P: Ok.
- T: Só mais uma coisa. Aprender a preencher este relatório requer tempo e prática assim como levou para você um tempo para ficar boa no Registro de Pensamento Disfuncional. Ok?
- P: Claro.
- T: Certo. Está bem para você se nós começarmos com o lado direito, com as evidências de que você é incapaz?
- P: Está.
- T: Ok, pense sobre o que você fez *hoje*. Que evidências você tem de que você é incapaz?
- P: Bem, eu não entendi um conceito que a minha professora de economia apresentou na aula hoje.
- T: Ok, escreva isso no lado direito, mas coloque um grande “MAS” do lado... Agora, vamos pensar se poderia haver uma outra explicação, porque você poderia não ter entendido o conceito *diferente* de que você é incapaz.
- P: Bem, foi a primeira vez que ela falou sobre isso. E eu não estava nas leituras.
- T: Bom. Você poderia ser capaz de captá-lo depois que ela o revisasse ou que você tivesse lido algo sobre isso ou pedido a alguém mais para explicar melhor?
- P: Provavelmente.
- T: Ok. Agora, ao lado do “MAS”, você escreverá o que nós chamamos de reestruturação? - um outro modo mais adaptativo de olhar para as evidências. O que você poderia dizer aqui?

P: Eu acho que poderia dizer “Mas eu não tinha lido sobre isso antes e provavelmente o entenderei mais tarde.”

T: Ok, escreva isso... Agora vejamos se nós podemos fazer uma reestruturação ainda mais forte. Você concordaria que não-entender um conceito na pior das hipóteses significa que uma pessoa tem *uma* incapacidade de, não que ela seja completamente incapaz enquanto pessoa?

P: Sim, isso é verdade.

T: É possível que *muitas* pessoas capazes não necessariamente captem conceitos na primeira apresentação?

P: É verdade.

T: Eu fico pensando, é possível que tenha sido, na verdade, uma incapacidade da *professora* porque, se ela tivesse explicado mais claramente, muitas pessoas poderiam ter entendido?

P: Isso é possível.

T: Por que você não tira um minuto para ver se há alguma coisa a mais que você desejaria acrescentar por escrito? Ok, tentemos o lado esquerdo agora. Que evidências você tem, *hoje*, de que você *é* capaz em muitas coisas? Eu faço um alerta: isso pode ser difícil se a sua crença estiver em funcionamento.

P: Bem, eu trabalhei no meu trabalho de literatura.

T: Bom. Escreva isso. O que mais?

P: Eu fiz uma pergunta na minha aula de estatística.

T: Você fez! Bom. O que mais?

P: (*Nenhuma resposta.*)

T: Que tal o fato de que você parece captar como fazer essa minuta?

P: Eu acho que sim.

T: Ok, que tal se, para tarefa de casa, você tentasse preencher a parte de baixo dessa minuta todos os dias? Você pode ver que para começar, fazer a primeira parte do lado direito será mais fácil, mas a segunda parte e o lado esquerdo serão provavelmente mais difíceis?

P: Sim.

T: Então, faça o que você puder. Pode ser que nós tenhamos que trabalhar juntos para fazer as reestruturações e procurar evidências positivas. No entanto, eu darei a você uma dica. Se você tiver problemas com essas duas partes, imagine que alguém mais, sua colega de quarto, por exemplo, fez exatamente o que você fez e veja como você veria as ações dela. Ok?

P: Certo.

T: Você pode pensar em algo mais que poderia atrapalhá-la de fazer essa tarefa, esta semana?

P: Não, eu tentarei fazer.

T: Bom.

Se Sally tivesse exibido dificuldades para identificar quaisquer dados positivos durante a sessão, seu terapeuta teria adiado essa tarefa de casa, experimentando

primeiro técnicas diferentes na sessão para ajudá-la a obter exitosamente itens para o lado esquerdo. Por exemplo, ele poderia usar uma técnica contrastante:

T: E quanto ao fato de que você batalhou seu caminho pelo sistema de saúde estudantil para que você fosse vista imediatamente? Isso não pertence ao lado esquerdo?

P: Eu não sei. Eu estava apenas tão furiosa; foi fácil.

T: Espere um minuto. Se você não se *tivesse* defendido, você não teria colocado isso no lado direito como um sinal de incapacidade?

P: Provavelmente.

T: Então, pense nisso desse modo. Qualquer coisa que você criticaria em si mesma ou colocaria do lado direito se você *não* a fizesse, provavelmente pertence ao lado esquerdo.

Outros modos de fazer o paciente reconhecer dados positivos que pertencem ao lado esquerdo da minuta incluem:

1. (Como na transcrição na p.187), pedir ao paciente para pensar sobre dados que ele diria serem evidências para *uma outra* pessoa: "Sally, você consegue pensar sobre alguém mais que você consideraria ser capaz em muitas coisas? Quem seria essa pessoa? O que *you* fez hoje que diria que Donna é capacitada se *ela* tivesse feito isso?"
2. Pedir ao paciente para pensar em dados que *alguém mais* provavelmente diria indicam evidências positivas para o paciente: "Sally, quem é que você pensa que conhece bastante bem, em cujo julgamento você confia? O que (essa pessoa) diria que você fez hoje que é uma evidência de que você é capaz?" Ou, "Sally, o que você fez hoje que *eu* provavelmente pensaria que fosse uma indicação de que você é capaz?"
3. Pedir ao paciente para refletir sobre ele iria diminuir evidências positivas específicas se ele comparasse o que fez com um modelo hipotético *negativo*: "Sally, você não acredita que terminar brevemente este trabalho é um sinal de capacidade. Mas uma pessoa *verdadeiramente* incapaz teria sido capaz de fazê-lo? Uma pessoa verdadeiramente incapaz teria chegado onde você está agora?"
4. Pedir ao paciente para preencher as classificações na parte superior da MCC (com uma crença central previamente de acordo) no começo de cada sessão, antes de estabelecer o roteiro. Então, o terapeuta pode perguntar: "Quando você acreditou *menos* fortemente que era incapaz, o que estava acontecendo? Isso é algo que nós deveríamos colocar no roteiro?" A discussão dessas situações (mais positivas) oferece uma oportunidade para colher ou reforçar evidências para o lado esquerdo. (Observe que a MCC tem lembretes dessas perguntas impressos na parte inferior.)

O terapeuta pode também aproveitar a oportunidade, ao longo da sessão, para questionar o paciente sobre a aplicabilidade da MCC ao tópico presente.

T: Sally, você pode resumir sobre o que nós acabamos de conversar?

P: Bem, eu estava bastante para baixo porque não consegui o emprego de verão que eu queria e, onde qualquer um provavelmente teria ficado decepcionado, fiquei bastante deprimida porque isso significava para mim que eu era incapaz.

T: Bom. Você pode ver agora que isso é relevante para a Minuta de Crença Central?

P: É. É a mesma idéia.

T: Como você pode escrever isso na minuta?

P: Eu acho que vai do *lado direito*... Eu não consegui o emprego de auxiliar de pesquisa... mas isso não significa que eu sou completamente incapaz. Muitas pessoas se inscreveram para ele, algumas com muito mais experiência que eu.

Usando os Contrastes Extremos para Modificar as Crenças Centrais

Às vezes, é útil para os pacientes comparar-se com alguém, real ou imaginário, que está no extremo negativo da qualidade relacionada a sua crença central. O terapeuta sugere que o paciente imagine alguém dentro de sua estrutura de referência. (Essa técnica é semelhante ao continuum cognitivo descrito no Capítulo 12.)

T: Eu fico pensando se você conhece alguém na faculdade que é verdadeiramente incapaz ou que pelo menos *se comporta* assim?

P: Ummm... Tem um sujeito no meu alojamento, eu acho, que nunca vai às aulas ou trabalha. Ele apenas parece estar em festa o tempo todo. Eu acho que ele está rodando.

T: Ok, então comparada a ele, quão incapaz você é?

P: (*Faz uma pausa.*) Não muito.

T: Se você fosse verdadeiramente uma pessoa totalmente incapaz, o que você estaria fazendo de diferente?

P: ... Eu acho que eu abandonaria a faculdade, ficaria sentada o dia inteiro... não me sustentaria... não faria nada útil... não teria amigos...

T: Quão próxima você está disso agora?

P: Não em absoluto, eu acho.

T: Então, quão correto você diria que é rotular-se como verdadeiramente incapaz?

P: Eu acho que isso realmente não é correto.

Desenvolvendo Metáforas

Os terapeutas podem ajudar os pacientes a distanciar-se de crenças centrais refletindo sobre uma situação diferente. Uma paciente acreditava que ela deveria ser má

porque, quando criança (e adulta), sua mãe a tratava muito mal. Foi útil para ela refletir sobre a estória de Cinderela, na qual uma madrasta má trata uma criança bastante mal sem que a criança tenha cometido erros ou que efetivamente tenha sido má.

Testes Históricos da Crença Central

É freqüentemente útil fazer o paciente examinar como uma crença originou-se e foi mantida ao longo dos anos (Young, 1990). O terapeuta ajuda o paciente a buscar (e reestruturar) as evidências que pareceram apoiar a crença central a partir de uma idade precoce e também a revelar evidências que a contradiziam. (A MCC pode ser usada para tal processo.) Usualmente, esse processo é iniciado após o paciente ter estado monitorando a operação de sua crença central no presente e ter iniciado o processo de modificá-la via MCC ou outras técnicas.

Não é sempre necessário que o paciente tenha uma ativação forte da sua crença central para que esse processo seja efetivo, embora alguns pacientes possam não ter acesso a algumas memórias importantes, a menos que elas sejam emocionalmente levantadas com uma crença central ativada. O terapeuta primeiro provê um embasamento lógico.

T: Sally, eu gostaria de ver onde esta idéia de que você é incapaz começou.

P: Ok.

T: Vamos pegar a Minuta de Crença Central e regredir no tempo. Você lembra de alguma coisa quando era bastante nova que a fez acreditar, no momento, que era incompetente? Digamos, antes do primário?

P: Eu lembro da pré-escola. Eu lembro de fazer algo com quebra-cabeças e a professora gritando comigo. Eu chorava, chorava...

T: Você foi lenta em terminá-lo?

P: Acho que foi algo assim.

T: E você se sentiu bastante incompetente?

P: Uh huh.

T: Ok, escreva isso no lado direito. Nós preencheremos as reestruturações mais tarde. O que mais?

P: Eu lembro de uma vez em que a minha família foi para o parque estadual Valley Forge. E todos os outros podiam dirigir suas bicicletas, mas eu não consegui acompanhar e fui deixada realmente bem para trás.

Na sessão ou para tarefa de casa, o paciente continua este primeiro passo: registrar memórias que podem ter contribuído para a crença central. Ele pode refletir sobre a pré-escola, o primário, o segundo grau, a faculdade, sua década dos 20, dos 30, etc. O segundo passo da revisão histórica envolve buscar e registrar evidências que apóiam a crença positiva nova para cada período. Tendo evocado mais memórias positivas, o paciente está pronto para o terceiro passo: reestruturar cada item de evidência negativa. Finalizando, no quarto passo, o paciente resume cada período. Por exemplo:

No segundo grau - Eu fiz muitas coisas com competência, como no esporte, ser responsável por muitas coisas em casa e ir bem na escola. É verdade que não tirei A em tudo e não era boa em tudo e, por isso *sentia-me* incompetente às vezes, mas basicamente eu era capaz.

Reestruturando Memórias Antigas

Para muitos pacientes de Eixo I, as técnicas “racional” ou “intelectual” que já foram apresentadas são suficientes para modificar uma crença central. Para outros, técnicas “emocionais” especiais ou experienciais, nas quais o afeto do paciente é estimulado, são também indicadas. Uma dessas técnicas envolve *role-play*, reencenar um evento para ajudar o paciente a reinterpretar uma experiência traumática anterior. Na transcrição a seguir, o terapeuta ajuda o paciente a reestruturar o sentido de um evento anterior relacionado a uma situação aflitiva atual.

T: Sally, você parece bastante para baixo hoje.

P: Sim. (*Chorando.*) ... Eu recebi meu trabalho. Eu tirei um C. Eu não consigo fazer nada direito.

T: Você está sentindo-se bastante incompetente?

P: Sim.

T: (*Intensificando seu afeto para facilitar a recuperação de memória.*) Você sente essa tristeza e essa incompetência em alguma parte do seu corpo?

P: Atrás dos meus olhos. E os meus ombros parecem pesados.

T: Você lembra qual foi a primeira vez que se sentiu assim quando criança?

P: (*Pausa.*) Quando eu tinha 6 ou 7 anos. Lembro que eu trouxe para casa o meu boletim e eu estava um pouco assustada porque não tinha ido muito bem. Com o meu pai, não houve nenhum problema, mas minha mãe ficou furiosa.

T: O que ela disse?

P: Ela gritou: “Sally, o que eu vou fazer com você! Apenas veja este boletim!”

T: O que você disse?

P: Eu acho que não disse nada. Mas aquilo apenas a tornou mais furiosa. Ela continuou dizendo “Você não sabe o que acontecerá se você não tirar boas notas? Seu irmão sempre vai bem. Por que você não pode? Eu estou tão envergonhada de você. O que vai ser de você?”

T: Você deve ter-se sentido bastante mal.

P: Eu me senti.

T: Você acha que essa foi uma maneira razoável de ela agir?

P: Não... eu acho que não.

T: Bem, isso é algo que você diria para os seus próprios filhos algum dia?

P: Não. Eu jamais direi isso.

T: O que *you* diria se você tivesse uma filha de 7 anos que levasse para casa um boletim como esse?

- P: Ummmm.... Eu acho que diria o que o meu pai disse: “Está tudo bem. Não se sinta mal. Eu também não fui tão bem na escola e isso não importou nem um pouquinho.”
- T: Isso é bom. Você tem alguma idéia de por que a sua mãe não disse isso?
- P: Eu não tenho certeza.
- T: Eu fico pensando, no que você me disse antes, se não poderia ser porque ela pensou que poderia ser menosprezada por outras pessoas caso seus filhos não fossem bem.
- P: Isso provavelmente está certo. Ela estava sempre se vangloriando sobre o meu irmão para as amigas dela. Eu acho que ela estava sempre competindo com a família dos Jones.
- T: Ok, e se nós fizéssemos uma encenação. Eu serei você aos 7 anos; você será a sua mãe. Tente ver as coisas do ponto de vista dela o máximo que você puder. Eu começarei... Mamãe, aqui está o meu boletim.
- P: Sally, eu estou envergonhada de você. Olhe para essas notas! O que eu vou fazer com você?
- T: Mamãe, eu tenho apenas 7 anos! Minhas notas não são ótimas como as do Robert, mas elas são boas.
- P: Você não sabe o que acontecerá se você não tirar boas notas? Você jamais será nada na vida.
- T: Isso é bobagem mamãe. Eu tenho apenas 7 anos.
- P: Mas no ano que vem você terá 8, e depois disso, 9...
- T: Mamãe, eu não fui tão mal. Por que você está fazendo tanto alvoroço? Você me está fazendo sentir como se eu fosse completamente incapaz. É isso o que você quer fazer?
- P: Não, é claro que não. Eu não quero que você pense isso. Isso não é verdade. Eu apenas quero que você melhore na escola.
- T: Ok, fim da encenação. O que você achou?
- P: Eu não fui realmente incapaz. Eu fui bem. Mamãe provavelmente foi dura comigo porque *ela* não queria ser criticada. (*Anima-se.*)
- T: Quanto você acredita nisso?
- P: Muito. 80%.
- T: E se nós fizéssemos a encenação de novo, mas, dessa vez, nós trocaremos os papéis. Vejamos quão bem a Sally de 7 anos pode responder para a sua mãe.

Após este segundo *role-play*, o terapeuta pergunta a Sally o que ela aprendeu e como essa aprendizagem se aplica à situação que a perturbou esta semana (tirar um C- em um trabalho).

Uma outra técnica utiliza a visualização para reestruturar as memórias antigas na presença de afeto (Edwards, 1989; Layden et al., 1993). Essa técnica de terapia do tipo gestalt foi adaptada especificamente para mudar crenças centrais e é mais freqüentemente usada em pacientes com transtornos de personalidade do que em

pacientes do Eixo I. Novamente, o terapeuta faz o paciente reexperimentar um evento aflitivo antigo que parece ter ajudado a originar ou manter uma crença central. O exemplo do caso descrito a seguir ilustra como o terapeuta deve agir:

-
1. Identifica uma situação específica que é no momento bastante aflitiva para o paciente e parece ligada a uma crença central importante;
 2. Intensifica o afeto do paciente, focalizando os pensamentos automáticos, emoções e sensações somáticas;
 3. Ajuda o paciente a identificar e reexperimentar uma experiência antiga relevante;
 4. Conversa com a parte “mais nova” do paciente para identificar pensamentos automáticos, emoções e crenças;
 5. Ajuda o paciente a desenvolver um entendimento diferente da experiência através de visualização orientada, de questionamento socrático, de diálogo e/ou *role-play*.
-

Na transcrição seguinte, Sally relata uma experiência desagradável do dia anterior, na qual ela se sentiu criticada pelo seu grupo de estudo.

T: Você pode imaginar essa cena de novo, como se ela estivesse acontecendo agora? Vocês estão todos sentados ao redor da mesa...

(O terapeuta faz Sally visualizar vividamente e descrever o incidente perturbador.)

P: Peggy está dizendo: “Sally, você não fez isso com muito cuidado. Você terá que melhorar. E eu estou me sentindo tão para baixo, tão triste. [Eu estou pensando] “Eu estou deixando todo mundo na mão. Eu não sou boa o suficiente. Eu não consigo fazer nada direito. Eu provavelmente vou me dar mal.”

T: Você está sentindo tristeza agora?

P: *(Acena que sim com a cabeça.)*

T: Onde, no seu corpo, você a sente?

P: Atrás dos meus olhos.

T: Em algum outro lugar? Onde mais há tristeza?

P: No meu peito... e no meu estômago. Há um peso.

T: Ok, você pode focalizar no peso? Você pode realmente sentir isso agora, no seu estômago, no seu peito? E atrás dos seus olhos?

P: *(Acena que sim.)*

T: Ok, apenas focalize nos seus olhos, no seu estômago, no seu tórax... *(Espera aproximadamente dez segundos.)* Sally, quando você lembra de ter tido essa

sensação de peso antes, quando você era criança? Quando foi a *primeira* vez que você lembra de ter se sentido assim?

Na sessão seguinte, o terapeuta faz Sally reexperimentar uma memória aflitiva significativa e entrevista a parte “criança” de Sally para identificar que sentido ela extraiu dessa experiência antiga naquele momento. (Observe que o terapeuta continuamente reforça a imediatividade emocional da experiência fazendo o paciente usar o tempo presente do começo ao fim.)

P: ... Minha mãe. Minha mãe está gritando comigo.

T: Quantos anos você tem, Sally?

P: Uns 6 ou 7. Eu não tenho certeza.

T: Onde você está? Descreva para mim o mais nitidamente que você puder.

P: Eu estou em casa. Eu estou fazendo a minha lição de casa. Eu tenho que fazer um tipo de folha de exercícios. Eu não consigo fazê-la. Eu tenho que marcar vogais longas e vogais curtas ou algo assim. Eu não sei o que fazer. Eu não estava nessa aula. Eu não sei como fazer isso.

T: O que acontece a seguir?

P: Mamãe entra na cozinha: “Vá para a cama Sally.” “Eu não posso. Eu tenho que terminar a minha lição de casa...”

T: E depois?

P: Ela diz: “Você está nisso há horas. Eu disse para você há meia hora para ir para a cama.”

T: O que você diz?

P: “Mas eu tenho que fazer isso. Eu ficarei em má situação.”

T: E depois?

P: Ela diz “Qual é o problema com você? Por que você não pode terminar isso? Isso é fácil. O que você é, burra? Vá para a cama agora!”

T: E depois?

P: Eu corro para o meu quarto.

T: E depois?

P: Eu não sei. Eu vou dormir, eu acho. (*Olha para baixo, muito triste.*)

T: Quando é o pior momento?

P: Quando ela está gritando comigo.

T: Ok, você pode visualizar isso de novo? Onde você está?

P: Eu estou sentada na mesa da cozinha.

T: E você está tendo dificuldades com a sua lição de casa? Você não sabe o que fazer?

P: É.

T: E sua mãe entra na cozinha? Como ela parece? Onde ela está?

P: Ela é alta. Está de pé. Ela parece furiosa.

T: Como você pode saber?

P: (*Começa a lacrimejar.*) O rosto dela está franzido. O corpo dela parece tenso.

T: E ela diz...?

P: “Sally, vá para a cama.”

T: Continue.

P: “Mamãe, eu não posso, eu tenho que terminar isso.” “Eu disse vá para a cama! Qual é o problema com você? Isso é fácil. Você é burra?” (*Solução.*)

T: (*Gentilmente.*) Sally de 6 anos, como você está se sentindo?

P: Triste. (*Chora um pouco.*)

T: Realmente triste?

P: (*Acena com a cabeça.*)

T: (*Suavemente.*) Sally de 6 anos, o que está passando pela sua cabeça neste momento?

P: Eu sou burra. Eu não sei fazer nada direito.

T: Quanto você acredita nisso?

P: Completamente.

T: Alguma coisa mais está passando pela sua cabeça?

P: Eu jamais serei capaz de fazer nada direito.

Observe que a intensificação do afeto na experiência é o indício que verifica que isso é um tópico central para essa paciente. Na sessão seguinte, o terapeuta ajuda Sally a reinterpretar essa experiência.

T: Sally de 6 anos, eu gostaria de ajudar você a ver isso de um modo diferente. O que você pensa que ajudaria? Você gostaria de conversar com sua mãe, explicar para ela por que você está tendo dificuldade? Ou talvez você gostaria que alguém explicasse para você o que está acontecendo... para o seu eu de 18 anos. Ou para alguém mais? Como nós podemos fazê-la ver isso de uma forma diferente, Sally de 6 anos?

P: Eu não quero conversar com mamãe. Ela apenas gritaria comigo.

T: Você gostaria que o seu eu mais velho explicasse para você, Sally de 6 anos?

P: Sim.

T: Ok, você pode imaginar que a sua mãe sai da cozinha e o seu eu de 18 anos entra? Onde você gostaria que ela estivesse?

P: Perto de mim eu acho.

T: Bem perto?

P: (*Acena que sim.*)

T: Você gostaria que ela colocasse seu braço ao redor de você?

P: (*Acena que sim.*)

T: Ok. Façamos com que a Sally de 18 anos converse com a Sally de 6 anos. Faça com que ela pergunte a Sally de 6 anos o que está errado.

- P: “O que há de errado?” “Eu me sinto tão ignorante. Eu não consigo fazer nada direito.”
- T: O que o seu eu mais velho responde?
- P: “Não, você não é. Esse tema de casa é difícil demais. Não é culpa sua. Você não é ignorante.”
- T: O que a Sally de 6 anos diz?
- P: “Mas eu deveria ser capaz de fazê-lo.”
- T: Faça com que o seu eu mais velho continue falando com ela.
- P: “Não, isso não é verdade. Você não deveria ser capaz de fazer isso. Você não pôde ir a aula. Isso nunca foi ensinado para você. Na verdade, é culpa da sua professora por lhe dar algo tão difícil.”
- T: A Sally de 6 anos acredita nela?
- P: Um pouquinho.
- T: O que a Sally de 6 anos quer perguntar?
- P: “Por que tudo tem que ser tão difícil? Por que eu não consigo fazer nada certo?”
- T: E o que a Sally mais velha diz?
- P: “Você faz muitas coisas certas com facilidade. Algumas coisas como testes de matemática, vestir-se sozinha e jogar *baseball*...”
- T: O que a Sally de 6 anos está pensando?
- P: “Mas eu não sei jogar *baseball* bem. Robert é tão melhor.”
- T: O que o seu eu mais velho diz a isso?
- P: “Escute, ele é melhor em *baseball* do que você. Mas ele é *mais velho*. Quando ele tinha a sua idade, ele podia apenas fazer o que você pode fazer agora. Você ficará melhor, apenas espere.”
- T: Como a Sally de 6 anos está agora?

Quando a paciente relata que seu “eu” mais novo está se sentindo significativamente menos triste, o terapeuta encerra o exercício (por exemplo, “há algo mais que você gostaria de perguntar ao seu eu mais velho, Sally de 6 anos?”). Se a paciente relata que ainda está bastante aflita, o terapeuta podia tentar um outro caminho; por exemplo:

- T: Deixe-me conversar com a Sally de 6 anos por um minuto. Sally de 6 anos você ainda está tão triste. Por que você *ainda* pensa que não consegue fazer nada direito?
- P: (*Pensa.*) Mamãe. Ela me diz isso. Ela está certa.
- T: Você gostaria de tentar falar com ela?
- P: (*Relutante.*) Não tenho certeza.
- T: E se nós encenássemos? Sally de 6 anos, você será a sua mãe. Eu serei você. Você começa. Faça de conta que você está entrando na cozinha e você me vê fazendo a minha lição de casa.
- P: Ok... Sally, vá para cama. Agora!

- T: Mas mamãe, eu tenho que terminar a minha lição de casa ou eu estarei em apuros.
- P: Qual é o problema com você? Você deve ser burra.
- T: Não, eu não sou, mamãe. A professora cometeu um erro. Esta folha de exercícios é difícil demais.
- P: Se ela é difícil demais, deve haver algo errado com você.
- T: Não, mamãe. Isso não é verdade. Mamãe, você realmente pensa que há algo errado comigo? Você quer que eu cresça pensando que eu sou burra e que eu não posso fazer nada certo?
- P: *(Faz pausa.)* Não... não. Eu não acho que você seja burra. Eu não quero que você cresça pensando isso.
- T: Então, por que você me chamou de burra se isso não é verdade?
- P: Eu não deveria ter chamado. Isso não é verdade.
- T: Por que você me chamou?
- P: *(Faz uma pausa.)* Eu não sei. Eu apenas fico tão frustrada, às vezes. Eu realmente apenas quero que você vá para a cama para que eu possa ter alguma paz e sossego.
- T: Você quer dizer que você não pensa que eu sou burra?
- P: Não... não. Eu não penso. Você não é burra.
- T: Mas há tantas coisas que eu não consigo fazer. Eu não sei ler muito bem. Eu não sei nem mesmo andar numa bicicleta de duas rodas. Robert sabe fazer essas coisas.
- P: Mas ele é mais velho. Você também será capaz de fazê-las um dia.
- T: Mas você grita muito comigo por não fazer bem as coisas. Você gritou comigo sobre esta folha de exercícios. Você está sempre gritando comigo sobre não limpar o meu quarto bem o suficiente ou não lavar os pratos bem o suficiente ou não tirar notas boas o suficiente em testes.
- P: Eu de fato espero muito de você. Eu não sei. Talvez demais, às vezes. Mas esse é o meu trabalho. Eu devo estimular você. Como você crescerá se eu não fizer isso?
- T: Mamãe, o seu estímulo me faz sentir que eu sou incapaz e idiota e que eu não sei fazer nada direito. É isso que você quer que eu cresça acreditando?
- P: Não, é claro que não.
- T: O que você quer que eu acredite?
- P: Que você é inteligente, que você pode fazer o que quer que você deseje.
- T: Você acredita nisso, Mamãe? Que eu sou inteligente e que eu posso fazer o que quer que eu queira?
- P: Sim, eu acredito. Desculpe.
- T: Ok. Fim da encenação por um momento. Agora, como você está se sentindo?
- P: Melhor.

T: Façamos a encenação de novo. Dessa vez você é a Sally de 6 anos, sentada na mesa da cozinha, tendo dificuldades para fazer a sua lição de casa. Preste bem atenção a como ela está sentindo-se e ao que ela está pensando. Vamos começar. Eu sou mamãe e eu entrei na cozinha e digo: “Sally, vá para cama. Agora!”

Sally e o terapeuta continuam a encenar para dar a ela a oportunidade de testar a validade dos seus pensamentos e conclusões com sua mãe. No fim, o terapeuta pede a Sally que escreva a antiga crença (que foi ativada em sua memória) e a nova crença e classifique quanto ela acredita agora em cada uma. Então, eles discutem o incidente aflitivo presente envolvendo sua amiga Peggy e o grupo de estudos e ajuda Sally a obter uma conclusão adaptativa mais embasada na realidade. No fim da sessão, Sally acredita apenas 20% que é incapaz e 70% que ela é capaz. Ela acredita intensamente em uma explicação: que sua contribuição pode não estar à altura das expectativas de Peggy, mas que isso não a torna completamente incapaz; que, mesmo não sendo tão boa quanto poderia ser, não significa que *ela* é completamente incompetente como pessoa e que a principal razão pela qual o trabalho ficou incompleto foi a ausência de diretrizes específicas do grupo de estudos, bem como a relativa inexperiência de Sally em um grupo de estudos.

Em suma, as crenças centrais requerem um trabalho sistemático consistente. Algumas técnicas, aplicáveis à reestruturação de pensamentos automáticos e crenças intermediárias, podem ser usadas em combinação com técnicas mais especializadas orientadas especificamente em direção a crenças centrais.

12

TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS COMPLEMENTARES

Algumas técnicas cognitivas e comportamentais foram anteriormente apresentadas, entre elas o questionamento socrático, o *role-play* racional-emocional, os Relatórios de Crença Central, a visualização e registro de vantagens e desvantagens de crenças. Este capítulo descreve outras técnicas igualmente importantes, muitas das quais são de natureza tanto cognitiva como comportamental. Conforme descrito mais extensamente no Capítulo 16, o terapeuta escolhe uma técnica de acordo com sua conceituação geral e suas metas para uma sessão específica.

As técnicas descritas neste capítulo, como é o caso para todas as técnicas de terapia cognitiva, visam influenciar o pensamento, comportamento e humor do paciente. Elas incluem a resolução de problemas, a tomada de decisões, as experiências comportamentais, a monitoração de atividade e agendamento, a distração e refocalização, as técnicas de relaxamento, os cartões de enfrentamento, a exposição graduada, o *role-play*, a técnica do gráfico em forma de “torta”, comparações funcionais de si mesmo e diários de autodeclaração positiva. As técnicas complementares estão descritas em diversas fontes (Beck & Emery, 1985; McMullin, 1986).

■ A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Associados aos (ou além dos) transtornos psicológicos, os pacientes apresentam muitos problemas na vida real. O terapeuta indaga inicialmente sobre tais problemas na primeira sessão criando uma “lista de problemas” ou traduzindo cada problema em metas positivas (Capítulo 3). Em cada sessão, ele encoraja o paciente a colocar na agenda problemas que surgiram durante a semana ou problemas que o paciente prevê que poderiam surgir nas semanas seguintes. Embora o terapeuta possa assumir um papel mais ativo inicialmente em sugerir soluções possíveis, ele encoraja o paciente a fazer uma ativa resolução de problemas ele próprio, à medida que a terapia progride.

Alguns pacientes são deficientes em habilidades de resolução de problemas. Eles freqüentemente se beneficiam de uma instrução direta em resolução de problemas em que aprendem a especificar um problema, projetar soluções, selecionar uma

solução, implementá-la e avaliar sua efetividade. Muitos pacientes, no entanto, já possuem boas habilidades de resolução de problemas. Eles precisam de ajuda para testar suas crenças disfuncionais que impedem essa resolução.

Sally, por exemplo, tinha dificuldades em se concentrar quando estava estudando. Seu terapeuta sugeriu várias idéias práticas para ela experimentar: começar com a tarefa mais fácil, revisar as anotações mais importantes de aula antes de ler o livro, escrever perguntas quando ela estava insegura do seu entendimento e fazer pausas a cada poucos minutos para ensaiar mentalmente o que ela acabou de ler. Eles concordaram que ela tentaria essas estratégias como experiência para ver qual facilitaria a sua concentração e compreensão.

Um outro problema surgiu várias sessões depois, quando Sally iniciara um trabalho voluntário de dar aulas particulares para uma criança da vizinhança. Embora a criança fosse cooperativa, Sally sentiu-se insegura do que estava fazendo. Intelectualmente ela sabia como resolver o problema; ela percebeu que deveria contatar a agência que coordena os voluntários e/ou o professor da criança. Sua crença de que ela não deveria pedir ajuda, no entanto, a inibiu. Após avaliar seus pensamentos automáticos e crenças sobre essa situação específica, Sally implementou a solução que ela mesma inicialmente concebera.

Um outro problema surgiu quando Sally teve que escrever um trabalho de semestre para uma cadeira na faculdade. Seu terapeuta usou uma Minuta de Resolução de Problemas (ver Figura 12.1) junto com o questionamento socrático para ajudar Sally a identificar e responder a uma crença funcional que promoveu a sua procrastinação.

Alguma resolução de problemas pode envolver significativas mudanças de vida. Após a avaliação cuidadosa de uma situação, o terapeuta poderia encorajar uma esposa que é surrada pelo marido a buscar um refúgio ou tomar medidas legais. Um paciente cronicamente insatisfeito com seu trabalho poderia ser ajudado a analisar as vantagens e desvantagens do emprego. Se as desvantagens são mais fortes e/ou mais numerosas, o terapeuta poderia discutir a possibilidade de encontrar um novo emprego ou treinar-se profissionalmente para uma carreira diferente. Um paciente com um relacionamento ou situação de vida insatisfatórios poderia primeiro escolher, com a ajuda do terapeuta, investigar a possível melhora do seu *status quo*; ou se há progresso insuficiente, ele, então, poderia tentar escolher mudar a sua situação.

■ A TOMADA DE DECISÕES

Comum a muitos pacientes é a dificuldade de tomar uma decisão. O terapeuta pede ao paciente para catalogar as vantagens e as desvantagens de cada opção e, então, o ajuda a criar um sistema para pesar cada item e extrair uma conclusão sobre que opção parece ser melhor. (Ver Figura 12.2.)

TERAPEUTA: Você mencionou que desejava ajuda para decidir quanto a fazer cursos de férias ou conseguir um emprego?

PACIENTE: Sim.

T: Ok. (*Pega um pedaço de papel.*) Deixe-me mostrar a você como pesar as vantagens e desvantagens. Você fez isso alguma vez?

P: Não. Pelo menos não por escrito. Eu tenho pensado sobre alguns dos prós e contras na minha cabeça.

T: Bom. Isso nos ajudará a começar. Eu penso que você achará que escrevê-los tornará a sua decisão mais clara. Com qual dos dois você prefere começar – cursos de férias ou um emprego?

P: Conseguir um emprego, eu acho.

T: Ok. Escreva “Vantagens do emprego” na parte esquerda superior deste papel, “Desvantagens do emprego” na parte superior direita e “Vantagens da escola” e “Desvantagens da escola” embaixo.

P: (*Faz isso.*) Ok.

RELATÓRIO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Nome do paciente: *Sally* Data: *04/12*

(Quando pensamentos automáticos, crenças e/ou altas emoções interferem na resolução de problemas.)

1. Problema

Começar a pesquisa para a cadeira de economia.

2. Significado especial: pensamentos automáticos e crenças

Eu não sou competente o suficiente para fazer isso.

3. Resposta ao significado especial

Eu sou competente o suficiente para entregar. Eu realmente não sei quão bem eu farei até que eu faça.

4. Solução(ões) possível(eis)

- 1. Ater-me à idéia original.*
- 2. Anotar o esboço no papel (1/2 hora).*
- 3. Conversar sobre idéias com o colega de quarto.*
- 4. Ler textos sugeridos e tomar breves notas.*
- 5. Escrever primeiro um rascunho; visar a uma nota C e não a uma nota A.*

FIGURA 12.1. Relatório de Resolução de Problemas.

Copyright: 1993, por Judith S. Beck, Ph. D.

Vantagens do emprego

1. Ganhar dinheiro.
2. Talvez aprender habilidades.
3. Mudar o que eu venho fazendo.
4. Conhecer pessoas diferentes.
5. Sentir-me mais produtiva.
6. É bom para o currículo.

Desvantagens do emprego

1. Ter que encontrar um.
2. Menos tempo livre.
3. Possivelmente não gostar dele.

Vantagens dos cursos de férias

1. Dois amigos vão participar.
2. Poderia fazer uma cadeira a menos no segundo semestre.
3. Muito tempo livre.
4. É uma quantidade conhecida.
5. Poderia encontrar pessoas novas.
6. Mais fácil matricular-me do que encontrar um emprego.

Desvantagens dos cursos de férias

1. Não ganhar dinheiro e dispendê-lo ao matricular-me.
2. Não aumenta as minhas habilidades.
3. Superior ao que eu tenho feito.
4. Não me faz sentir tão produtiva.
5. Não me ajuda no currículo.

FIGURA 12.2. Análise de vantagens-desvantagens de Sally.

T: O que você tem pensado? Você poderia anotar em cima algumas das vantagens e desvantagens de conseguir um emprego? *(A paciente escreve as idéias que teve até o momento. O terapeuta faz algumas perguntas para orientá-la.)* E quanto ao fato de que você estaria fazendo algo diferente - tirando uma folga do trabalho escolar - isso é uma vantagem?

P: É. *(Escreve.)*

T: E quanto um emprego poderia invadir o seu período de férias?

P: Não, eu apenas aceitaria um emprego que me deixasse passar as duas últimas semanas de agosto com a minha família.

O terapeuta e a paciente continuam esse processo até que a paciente sinta que registrou ambos os lados de forma precisa e completa. Eles repetem o processo com a segunda opção. Examinar vantagens e desvantagens dos cursos de férias favorece que a paciente relembre alguns itens a serem acrescentados nas listas do “emprego”. De igual modo, a paciente também revisa os itens “emprego” para ver se suas contrapartidas são relevantes às listas dos “cursos de férias”.

A seguir, o terapeuta ajuda a paciente a avaliar os itens:

T: Ok, Sally, isso parece bastante completo. Agora, nós queremos que você, de algum modo, pese os itens. Você poderia classificar quão importante cada um é de 0 a 10. Ou você poderia fazer um círculo ao redor dos itens mais importantes. O que você acha?

P: Fazer os círculos, eu acho.

T: Ok, vejamos as listas do “emprego”. Quais são os aspectos mais importantes para você? (*A paciente assinala alguns itens em cada coluna na Figura 12.2.*) Apenas examinando o que você assinalou, o que você acha?

P: Parece que a grande dificuldade com um emprego de verão é ter que *encontrar* um. Porque, se eu já tivesse um, eu penso que *gostaria* de ganhar dinheiro, eu me sentiria mais produtiva e seria bom tirar uma folga do estudo.

T: Nós deveríamos, agora, passar alguns minutos conversando sobre como você poderia fazer para procurar um emprego? Então, nós podemos voltar a essa lista e ver se você ainda está inclinada para esse lado.

No final da discussão, o terapeuta tenta aumentar a probabilidade de que a paciente usará essa técnica de novo:

T: Você considerou útil esse processo de relacionar e pesar as vantagens e desvantagens? Você consegue pensar em quaisquer outras decisões que você poderia ter que tomar nas quais seria bom fazer a mesma coisa? Como você poderá lembrar de fazer isso dessa maneira?

■ EXPERIMENTOS COMPORTAMENTAIS

Os experimentos comportamentais testam diretamente a validade dos pensamentos ou das suposições do paciente e são uma importante técnica avaliativa, utilizada sozinha ou acompanhada pelo questionamento socrático. Essas experiências podem ser feitas dentro ou fora do consultório. Aqui está um exemplo:

T: Ok, então você acredita, de forma convicta, 95%, que não é capaz de se concentrar bem o suficiente para ler. Isso acontece às vezes ou sempre?

P: Sempre.

T: Eu fico pensando se nós poderíamos, agora, testar essa idéia. Eu tenho o jornal de hoje. Que tal dar uma olhada nesse artigo - ele me fez ficar bastante furioso; é sobre o novo aumento das nossas contas de luz. (O terapeuta escolhe um artigo curto que ele acredita que o paciente entenderá.)

P: Ok. (*Lê o artigo.*)

T: Terminou? O que você acha? As nossas contas deveriam ser aumentadas?

P: Eu não tenho certeza. O autor da matéria de fato apresenta um argumento da necessidade de cobrir os custos da troca de fiação após a grande tempestade deste inverno.

T: Você pode estar certa. Eu acho que fico automaticamente desconfiado quando um serviço público propõe aumentar as suas taxas... De qualquer modo, o que você pensa agora sobre a sua idéia de que você não consegue se concentrar?

P: Eu acho que posso fazer melhor do que pensei.

Outros pensamentos automáticos que podem ser diretamente testados no consultório incluem:

Pensamento automático	Experimento comportamental
Eu não sei o que dizer para ele.	A paciente dramatiza a si mesma enquanto o terapeuta interpreta a outra parte.
Eu não consigo [me fazer] telefonar para marcar uma consulta no médico.	A paciente faz a chamada telefônica no consultório.
Não há empregos para os quais eu seja qualificada.	A paciente revisa anúncios classificados com o terapeuta.
Se eu ficar cada vez mais tonta eu desmaiarei.	A paciente fica tonta através da hiperventilação enquanto gira em uma cadeira (Clark, 1989).

Muitas tarefas de casa também envolvem experimentos comportamentais que o terapeuta cuidadosamente ajuda a montar, da seguinte forma:

1. O paciente expressa uma previsão negativa; o terapeuta propõe que o paciente a teste durante a semana.
2. Colaborativamente eles decidem como, quando e onde o paciente irá testá-la. O terapeuta sugere mudanças, caso necessário, para maximizar a propensão de sucesso.
3. O terapeuta pergunta ao paciente como ele reagiria se a experiência de fato confirmasse seus medos para que eles possam projetar uma resposta antecipadamente.

Um exemplo:

T: Ok, Sally, você teve um pensamento e uma imagem de ficar com a língua tão presa na aula que você não seria capaz de fazer uma pergunta. (O terapeuta questiona Sally conforme descrito no Capítulo 8, pesando as evidências, examinando os resultados piores, melhores e os mais realistas, etc. Parece provável que Sally *será* capaz de expressar-se, embora talvez não de maneira perfeita.) Como você se sentiria sobre fazer uma experiência esta semana - testar o seu pensamento de que você não pode fazer uma pergunta?

P: Um pouco nervosa. Mas eu poderia tentar.

T: Em que aula você gostaria de tentar? Qual seria a mais fácil para a primeira vez?

P: Literatura, eu acho.

T: Você tem uma idéia de que pergunta você poderia fazer?

P: (*Pensa por um momento.*) Há algo que eu não entendi. Nós lemos um romance sobre a Inglaterra do século 18. Eu não entendi se era apenas a família do

personagem principal que tratava as mulheres como propriedade, se era sua classe social ou se era toda a sociedade daquela época.

T: Boa pergunta. Como você poderia transformar isso em uma boa questão?

P: Eu não sei... Eu acho que eu poderia dizer "A família de Charlotte a tratava como uma propriedade. Era assim que toda a sociedade inglesa se sentia na época ou seria apenas a sua família ou sua classe social?"

T: Bom. Fazer essa pergunta será um bom teste da sua previsão de que você ficará com a língua demasiado presa para falar em aula. Se você fizer isso e for bem, será bom. Se você achar que está com a língua muito presa, nós trabalharemos mais sobre esse problema na próxima sessão. Mas enquanto isso, suponhamos, por um momento, que você *de fato* tenha algum problema em falar. O que você supõe, então, que passará pela sua cabeça?

P: Que eu sou burra.

T: Eu acho que agora seria melhor que nós preparássemos você para responder a esse pensamento para que você não fique desmoralizada. Ok? (O terapeuta ajuda Sally a avaliar esse pensamento através do questionamento socrático padrão e de um cartão de enfrentamento.)

Outras suposições que Sally testou usando um experimento comportamental fora da sessão de terapia incluíram as seguintes:

-
- Se eu falar com (uma colega que eu não conheço) antes da aula, ela me esnobará.
 - Se eu procurar um professor, ele não me ajudará.
 - Se eu for na festa sábado à noite, eu terei uma noite horrível.
 - Se eu tentar ler o capítulo 12, eu não o entenderei.
 - Mesmo se eu começar a trabalhar em uma pesquisa, eu não serei capaz de terminá-la.
-

Os experimentos comportamentais adequadamente montados podem ser agentes poderosos de mudança cognitiva e emocional.

■ MONITORAÇÃO DE ATIVIDADE E AGENDAMENTO

Um cartão de atividades é simplesmente um cartão com os dias da semana colocados na horizontal, no topo, e com cada hora colocada na vertical do lado esquerdo. A Figura 12.3 mostra um formulário parcialmente preenchido. Essa tabela pode ser usada de várias formas, incluindo a monitoração das atividades do paciente, a medição e análise de satisfação (prazer) e de competência (domínio), a monitoração e medição de humores negativos, o agendamento das atividades prazerosas ou das tarefas árduas e a verificação das previsões.

TABELA DE ATIVIDADES

	Dia 1	Dia 2	Dia 3	Dia 4	Dia 5	Dia 6	Dia 7
6-7							
7-8							
8-9	<i>Rotina matinal</i> $R = 2 \ P = 0$						
9-10	<i>Estudo</i> $R = 2 \ P = 0$						
10-11	<i>Terapia</i> $R = 5 \ P = 4$						
11-12	<i>Sentar no pátio</i> $R = 1 \ P = 3$						
12-1	<i>Almoço</i> $R = 1 \ P = 3$						
1-2	<i>Aula de química</i> $A = 3 \ P = 3$						
2-3	↓						
3-4	<i>Estudo</i> $R = 2 \ P = 1$						
4-5	↓						
5-6	↓						
6-7	<i>Jantar</i> $R = 2 \ P = 4$						
7-8	<i>TV</i> $R = 2 \ P = 2$						
8-9	↓						
9-10	↓						
10-11	↓						
11-12	<i>Dormir</i>						
12-1	↓						
1-2	↓						
2-3	↓						
3-4	↓						
4-5	↓						
5-6	↓						

Figura 12.3. Tabela de atividades. Copyright 1995, por Judith S. Beck. Ph. D.

Escala de Realização	Escala de Prazer	Conclusões
0 - Assistir um filme ruim na TV	0 - Estudar para exame de química	
1	1	
2	2	
3 - Limpar a minha escrivaninha	3 - Andar de bicicleta ao redor do campus	
4	4	
5 - Conferir meu talão de cheques	5 - Jantar com colega de quarto	
6	6	
7	7	
8 - Terminar meu trabalho de literatura inglesa	8 - Ganhar jogo de <i>baseball</i> do alojamento	
9	9	
10 - Resolver um problema difícil de química	10 - Tirar A ⁺ em um trabalho	

Figura 12.3. Continuação

O terapeuta pode inicialmente pedir a um paciente para monitorar suas atividades, objetivando a coleta de dados relevantes. Como com qualquer tarefa, o terapeuta primeiro oferece um embasamento lógico, certificando-se de que o paciente concordou e entendeu a tarefa, assim iniciando-o na sessão e verificando de imediato se há obstáculos. Tipicamente, essa tarefa é proposta de imediato na terapia, isto é, durante a segunda ou terceira sessão. Os dados levantados podem ser de inestimável valor e algumas mudanças subseqüentes nas atividades do paciente com frequência podem melhorar significativamente o seu humor.

T: A partir da sua descrição, parece como que se você estivesse tendo dificuldade em fazer as coisas e que você não está atualmente se divertindo muito. Isso está certo?

P: Sim.

T: Eu fico pensando se poderia ser útil monitorar suas atividades neste cartão de atividades para que na semana que vem nós possamos ver como você está despendendo o seu tempo. E você pode classificar as suas atividades para ver quanto prazer e sentimento de realização você obtém das coisas que você faz.

P: Ok.

T: Suponha que nós façamos uma escala de prazer primeiro para que você tenha uma diretriz para classificar as suas atividades. Agora, em uma escala de 0 a 10, que atividade você chamaria de um 10? Uma atividade que lhe tenha dado o máximo de prazer ou que você poderia imaginar que lhe dê o máximo de prazer?

P: Oh, eu acho que isso seria tirar um A⁺ no trabalho.

T: Ok, escreva “10 = A⁺ no trabalho” na tabela.

P: *(Faz isso.)*

T: Agora, o que você chamaria de um 0? Uma atividade que não lhe dá absolutamente nenhum prazer?

P: Estudar para o exame de química.

T: Certo, escreva “0 = estudar para exame de química.”... O que seria um 5 na sua escala?

P: Eu acho... jantar com a minha colega de quarto.

T: Bom, escreva isso... Agora o que seria aproximadamente um 3 e um 7?

Se o paciente pode facilmente equiparar atividades a números, esses cinco pontos-âncoras são usualmente suficientes. O terapeuta poderia dar ao paciente a opção de preencher o resto da escala para tarefa de casa ou deixá-la assim. Se o paciente tem dificuldade em medir graus de prazer, o terapeuta poderia colaborativamente decidir o seguinte:

-
1. Preencher a escala na sessão.
 2. Mudar a escala para “baixo, médio e alto”.
 3. Voltar a essa tarefa em uma sessão posterior.
-

Às vezes, os pacientes atribuem um “0” para uma atividade que não parece autorizar uma classificação tão extrema. Nesse caso, o terapeuta poderia gentilmente questionar a precisão da escala ou fazer alguma auto-revelação. “Então, limpar o banheiro dá a você 0 na escala de prazer. Eu imagino se não há nada pior? Eu sei que brigar com alguém ou gritar com os meus filhos quando eles não merecem é um 0 para mim.”

Depois de completar suficientemente a escala de prazer, o paciente preenche a escala de realização do mesmo modo.

T: Agora, façamos uma escala para domínio - qual é a sensação de realização que você tem a partir de uma atividade. O que seria um 10?

P: *(Pensa por um momento.)* Conseguir resolver um problema de química realmente difícil.

T: O que seria um 0?

P: Nenhum senso de realização? Eu não sei. Varrer o banheiro seria pelo menos um “um” ou talvez assistir a um filme realmente ruim na TV.

T: O que seria um 5?

- P: Oh, conferir meu talão de cheques, eu acho. (*Paciente coloca na escala.*)
- T: Isso é bom. Agora, vamos preencher um pouquinho da agenda de hoje. Aqui - é o bloco 11h - escreva “terapia” sob este, “R = _____”, e “P = _____”. Agora, quanto sentimento de realização você sentiu durante a terapia hoje?
- P: Aproximadamente um 5.
- T: E prazer?
- P: Aproximadamente um 4. (*Prenche nos espaços*)
- T: E o que você fez na hora imediatamente anterior à da terapia hoje?
- P: Eu estava estudando na biblioteca.
- T: Ok. Escreva “estudando na biblioteca” no espaço antes da terapia e escreva “R= _____” e “P= _____” ... Agora, olhe para a escala. Quanto sentimento de realização você obteve durante aquela hora? E quanto sentimento de prazer?
- P: Vejamos, meu sentimento de realização foi bastante baixo, 0, eu acho.
- T: Então, estudar na biblioteca esta manhã foi mais ou menos igual a assistir um filme ruim na TV?
- P: Não. Eu acho que eu obtive algum senso de realização. Eu diria, aproximadamente um 2.
- T: E o prazer?
- P: Foi o mesmo que estudar para o exame de química - 0.
- T: Ok, escreva esses números. (O terapeuta e o paciente preenchem mais espaços abaixo de “estudar” até que o terapeuta esteja satisfeito que o paciente está facilmente, e de forma precisa, avaliando as suas atividades.) Agora, você acha que está no caminho certo em relação ao que você tem que fazer?
- P: Acho.
- T: Você poderia contar-me por que poderia valer a pena o esforço de fazer tudo isso?
- P: Bem, parece que isso poderia ajudar-me a me tornar mais organizada – ver para onde o meu tempo está indo.
- T: E as classificações de realização e prazer?
- P: Eu não sei.
- T: Você acha que, examinando a semana inteira, nós poderíamos aprender algumas coisas? Por exemplo, que atividades você deveria estar fazendo mais ou menos? Que atividades você costumava fazer que lhe davam grande prazer ou realização e que você não está fazendo agora? Que atividades, agora, têm menos grau de realização e prazer e que lhe costumavam dar bem mais do que você está sentindo?
- P: Pode ser.
- T: Agora, o ideal seria que você preenchesse isso tão perto do momento que você termina uma atividade quanto você puder - para que você não esqueça do que fez e, então, as suas classificações serão mais precisas. Se isso for

impossível, você poderia tentar preencher a tabela no horário do almoço, do jantar e hora de ir para a cama?

P: Eu acho que não vai ter problema.

T: E se você puder preenchê-la todos os dias, isso nos daria o máximo de informação. Mas mesmo que você venha a fazer apenas por dois dias, isso nos daria alguma informação. Agora, você consegue pensar em alguma coisa que poderia dificultar a realização disso? Quaisquer problemas práticos ou de pensamentos?

P: Pode acontecer que eu apenas não lembre de fazê-la (a terapia) o tempo todo.

T: Você pode pensar em um modo que ajude você a se lembrar mais?

P: Bem, eu poderia levá-la no meu caderno - eu a veria e isso me lembraria.

T: Algum outro problema?

P: Não, acho que eu posso fazer isso.

T: Bom. Agora, uma última coisa. Que tal se você examinasse a tabela de atividades no dia anterior ou no dia da nossa próxima sessão? Veja se há algum padrão ou se você apreende alguma coisa dela. Você pode escrever as suas conclusões na parte de baixo ou atrás da folha. Ok?

P: Certo.

T: Que tal escrever essa tarefa na folha de tarefas de casa para que nós dois tenhamos uma cópia?

P: Ok. (*Escreve a tarefa de casa.*)

Revisando a Tabela de Atividade (na Semana Seguinte)

Juntos, o terapeuta e o paciente revisam a tabela de atividade, procurando padrões e tirando conclusões. Por exemplo:

1. Que atividades estão super-representadas em termos de conduzir uma vida equilibrada? Quais estão sub-representadas? O paciente está despendendo uma quantidade razoável de tempo em atividades relacionadas a trabalho/escola/família, amigos, diversão, com seu aspecto físico (por exemplo, exercício), com sua casa, com seu aspecto espiritual/cultural, com seu aspecto intelectual?
 2. Que atividades são mais altas em domínio e/ou prazer? Deveria o paciente planejar aumentar a frequência dessas atividades?
 3. Que atividades são mais baixas em domínio e/ou prazer? Essas atividades são inerentemente disfóricas (por exemplo, refletindo na cama) e, então, sua frequência deveria ser reduzida? Ou o paciente permanece disfórico durante atividades potencialmente gratificantes devido a seus pensamentos automáticos durante essas atividades? No segundo caso, o terapeuta poderia visar às cognições disfuncionais em vez de recomendar que a frequência da atividade seja reduzida.
-

Nas transcrições a seguir, o terapeuta revisa a tabela de atividade preenchida com Sally, reforça suas conclusões sobre como ela poderia planejar melhor o seu tempo, a encoraja a comprometer-se com mudanças específicas, extrai os pensamentos que poderiam impedir a instituição de mudanças, rotula seus pensamentos como previsões que podem ser testadas e lhe dá a escolha de uma tarefa de casa de seguimento.

T: Eu vejo que você preencheu todos os dias esta tabela de atividades. Isso é bom. Você teve uma chance de examiná-la?

P: Sim. Eu percebi que estava passando muito mais tempo na cama do que eu costumava.

T: E permanecer na cama lhe dá muito prazer e um senso de realização?

P: Não. O oposto. Minhas classificações foram mais baixas quando eu permaneci na cama.

T: Bem, isso é uma parte valiosa de informação. Parece que a maioria das pessoas que estão deprimidas pensam que elas se sentirão melhor se permanecerem na cama, mas, ao mesmo tempo, elas usualmente acham que qualquer coisa seria melhor do que ficar na cama. Você descobriu alguma outra coisa?

P: Bem, eu percebi que eu costumava sair muito mais com amigos ou simplesmente ficar muito mais perto deles. Agora, eu apenas vou do meu quarto para a aula, da aula para a biblioteca, da biblioteca para a cafeteria e da cafeteria de volta para o meu quarto.

T: Isso lhe dá uma idéia do que você poderia gostar de mudar nesta próxima semana?

P: É, bem, eu gostaria de passar mais tempo com outras pessoas, mas parece que simplesmente eu não tenho energia suficiente.

T: E, então, você acaba ficando na cama?

P: É.

T: Bem, esta idéia que você teve é interessante - "Eu não tenho energia para despendar tempo com pessoas." Vamos escrever isso. Agora, como nós poderíamos testar essa idéia para ver se ela é verdadeira?

P: Eu acho que poderia planejar passar mais tempo com os meus amigos e ver se eu poderia fazer isso.

T: Haveria uma vantagem de fazer isso?

P: Eu poderia sentir-me melhor.

T: Você pode imaginar que hoje é mais tarde e você vê alguns amigos indo para a aula e, então, pensar: "Eu poderia ir até lá e perguntar para eles o que vão fazer hoje à noite." O que mais passa pela sua cabeça?

P: Eles provavelmente não vão querer sair comigo.

T: Ok. Você pode ver como esse pensamento poderia impedi-la de aproximar-se deles? Como você pode responder a esse pensamento?

P: Eu não sei.

T: Você tem alguma evidência de que eles não vão querer sair com você?

- P: Não, não realmente. A menos que eles tenham outros planos ou trabalho demais para fazer.
- T: Como você pode verificar se essa idéia - de que eles não vão querer passar um tempo com você - está certa?
- P: Eu poderia apenas ir até eles e perguntar.
- T: Ok, então, se esse tipo de ocasião surgir, você poderia ter uma chance para testar duas idéias. A primeira, de que você estará cansada demais para passar tempo com seus amigos e a segunda, de que seus amigos não iriam querer passar um tempo com você. Isso parece correto?
- P: Sim.
- T: Você quer falar especificamente sobre quando e como você despenderá mais tempo com os seus amigos?
- P: Não, eu posso descobrir eu mesma.
- T: Ok. Que tal se, como uma outra tarefa de casa, você tentasse anotar quaisquer pensamentos automáticos que interferem com o que você planejou? Está bem assim?
- P: Sim...está.
- T: Além de passar mais tempo na cama do que com seus amigos, há mais alguma coisa que você tenha percebido?
- P: Eu estou assistindo à TV demais - e não estou gostando muito disso.
- T: Há alguma coisa que você gostaria, esta semana, de tentar substituir em lugar disso?
- P: Eu realmente não sei.
- T: Eu percebo que você não parece estar despendendo muito tempo com atividades físicas - isso está correto?
- P: Sim. Eu costumava correr ou nadar quase todas as manhãs.
- T: O que a atrapalhou de fazer essas coisas ultimamente?
- P: O mesmo que antes, eu acho. Eu me senti realmente cansada. E não pensei que eu fosse gostar disso.
- T: Você gostaria de planejar mais exercícios?
- P: *(Acena que sim e escreve.)*
- T: Quão provável é que você fará planos para ver amigos e fará mais atividades físicas esta semana?
- P: Ah, eu farei.
- T: Você quer, agora, escrevê-los em uma tabela de atividade em branco para que tenda mais a comprometer-se com elas?
- P: Não, eu não preciso. Eu farei isso.
- T: Seria útil, esta semana, preencher um novo formulário de atividade com classificações de realização e prazer - ou você gostaria de monitorar apenas essas novas atividades sobre as quais nós concordamos hoje?
- P: Eu monitorarei as novas atividades.
- T: Ok. Como você quer monitorá-las?

Neste segmento, o terapeuta conduz Sally a obter novas conclusões a partir de sua monitoração de atividade. Alguns pacientes precisam de mais orientação do que outros para fazer isso. (Por exemplo, “você percebeu quanto tempo passou na cama esta semana? Quais foram as suas classificações? Que mudança você pensa que poderia tentar fazer esta semana”?) Aqui o terapeuta orienta Sally a fazer mudanças específicas e planos e a ajuda a identificar os pensamentos automáticos que poderiam embaracá-la. Então, ele obtém a sua concordância para testar a validade de suas previsões negativas e lhe dá uma escolha sobre monitorar atividades na próxima semana.

Ao revisar a monitoração de atividade, o terapeuta está alerta para pensamentos automáticos aflitivos que poderiam ter interferido com o prazer ou domínio do paciente. Se seus resultados tivessem sido mais baixos do que ele teria previsto para uma determinada atividade, o terapeuta teria obtido os pensamentos automáticos do paciente durante essa atividade.

T: Eu vejo aqui, no seu “tema de casa na biblioteca”, ontem, que você deu nota 1 tanto para prazer como para senso de realização. Então, o que você estava fazendo?

P: Oh, eu estava fazendo um trabalho de economia.

T: Os resultados parecem muito mais baixos do que para o outro trabalho que você fez esta semana .

P: É.

T: Você lembra o que estava passando pela sua cabeça quando estava trabalhando neste trabalho?

P: Não, na realidade não.

T: Você pode imaginar-se, neste momento, na biblioteca? Era 1 hora ontem; onde você estava sentada?

P: Nas estantes do 4º andar, em um pequeno local para estudo.

T: Você pode ver-se sentada lá? Você está lendo, olhando para o seu trabalho ou o quê?

P: Eu estou inclinada para trás, olhando para as minhas anotações.

T: Como você está?

P: Um pouco entediada.

T: E o que está passando pela sua cabeça?

P: Que eu não quero fazer isso... Que isso é tão chato... Eu odeio este trabalho... Eu simplesmente não consigo fazê-lo.

T: Ok, você começou a trabalhar. São aproximadamente 1h30min. O que está acontecendo agora?

P: Eu escrevi em torno de meia página. Eu estou pensando “Que desperdício de tempo. Isso é realmente chato. Eu não consigo suportar isso.”

T: E como você está?

P: Entediada.

T: Não nos *espanta* parecer que os seus resultados foram tão baixos. Você vê, agora, como os seus pensamentos afetaram o seu humor?

P: É. Eu acho que estava forçando-me a odiar o que eu estava fazendo.

T: Como o seu humor teria ficado se você tivesse pensado: “Ei, isso está muito bom. Na realidade, eu escrevi meia página e eu não pensava que seria capaz de escrever algo. Agora eu tenho o começo de um primeiro esboço. Eu fiz a parte mais difícil.”

P: Eu provavelmente estaria melhor.

T: Ok, e se, esta semana, quando você perceber que está sentindo-se para baixo, você prestar atenção no que está passando pela sua cabeça e, então, anotar os seus pensamentos?

P: Certo.

T: Agora, examinando o seu formulário de atividade, houve alguma outra atividade, na semana passada, em que você constatou que seus pensamentos poderiam ter interferido com o seu sentimento de realização ou prazer?

Nessa parte, o terapeuta utiliza a tabela de atividade para identificar situações nas quais os pensamentos automáticos interferiram com as questões de prazer e de domínio. Ele, então, utiliza a técnica de visualização para ajudar o paciente a recordar os seus pensamentos automáticos e assim demonstrar que pensamentos diferentes teriam afetado mais positivamente o humor do paciente. Finalmente, ele estabelece para o paciente uma tarefa de casa no intuito de monitorar os seus pensamentos automáticos e também questionar se outras atividades na semana anterior poderiam ter sido atingidas por pensamentos negativos.

Medindo Humores Usando a Tabela de Atividade

Para alguns pacientes, é útil usar o formulário de atividade para investigar a ocorrência de um humor específico. Por exemplo, um paciente com um transtorno de ansiedade poderia preencher os espaços classificando as atividades e o nível de ansiedade de 0 a 10. Um paciente que está cronicamente irritado ou colérico poderia fazer igualmente, com uma escala de raiva de 0 a 10. Usar tal escala é particularmente útil para os pacientes que não parecem perceber mudanças pequenas ou moderadas em seus afetos ou pacientes que cronicamente super ou subestimam graus de emoção. Pacientes com humores em mudança rápida consideram útil classificar as atividades e o humor *predominante* que eles experimentaram em cada atividade.

Agendando Atividades

A mesma tabela de atividades pode ser usada para agendar as atividades. Em vez de monitorar suas atividades durante a semana, o paciente planeja e escreve atividades para a próxima semana, como atividades prazerosas (especialmente para os pacientes deprimidos), tarefas que devem ser feitas, socialização, tarefa terapêutica de casa, exercícios ou atividades anteriormente evitadas. O terapeuta pode também perguntar ao paciente se ele deseja manter um tabela de atividades paralelas (moni-

toração) conforme descrito anteriormente, registrando todas as suas atividades ou apenas as planejadas que o paciente realmente fez.

Se o terapeuta considera isso válido, ele pode fazer o paciente *prever* os níveis de domínio e prazer ou humor em uma tabela e, então, registrar classificações *reais* em outra. Essas comparações podem ser uma útil fonte de dados.

T: Examinemos agora suas previsões sobre a primeira tabela de atividade e o que realmente *aconteceu* na segunda.

P: (*Acena com a cabeça.*)

T: Vejamos... parece como se você tivesse previsto resultados muito baixos, principalmente de 0 a 3 para essas três vezes que você programou encontrar seus amigos. O que realmente aconteceu?

P: Na verdade, eu me diverti mais do que poderia ter imaginado - meus resultados de prazer foram de 3 a 5.

T: O que isso diz a você?

P: Eu acho que não sou boa em previsões. Pensei que eu não iria divertir-me, mas eu me diverti, pelo menos um pouco.

T: Você gostaria de programar mais atividades sociais para esta próxima semana?

P: Na verdade, eu já fiz isso. Eu fiz planos com esses mesmos amigos para a semana que vem.

T: Bom. Agora você vê o que poderia ter acontecido - e, de fato, o que estava acontecendo antes de você vir para a terapia? Você ficava prevendo que você teria uma péssima experiência com os seus amigos e então você não fazia planos; de fato, você recusava as aberturas deles. Parece que a tarefa de casa a ajudou a testar suas idéias; você verificou que estava errada ao pensar que teria uma má experiência e então você seguiu adiante e programou mais por conta própria. Isso está correto?

P: Sim. Eu estou começando a me dar conta que fiz muitas previsões negativas. Mas isso me faz lembrar que eu desejo falar sobre uma previsão que, na verdade, acabou sendo pior.

T: Ok, o que foi isso?

P: Eu previ que tiraria nota 4 em realização e prazer, quando eu saí para correr durante a semana. Acabei dando nota 1 para os dois.

T: Você tem alguma idéia de por quê?

P: Não realmente.

T: Como você estava durante a corrida?

P: Triste na maior parte do tempo.

T: E o que passava pela sua cabeça?

P: Eu não sei. Eu não me sentia muito bem. Eu fiquei sem fôlego muito rapidamente. Eu não podia acreditar quão difícil isso era.

T: Você teve pensamentos como: “Eu não me sinto muito bem”, “Eu estou sem fôlego”, “Isso é difícil”?

P: É, eu acho que sim.

T: Alguma coisa mais passa pela sua cabeça?

P: Eu lembrei quão fácil costumava ser. Eu podia correr de 4 a 5 Km sem ficar muito ofegante.

T: Você teve uma lembrança, uma imagem de como isso costumava ser?

P: É. Na realidade, minha condição física não está boa. Vai ser muito difícil entrar em forma, por isso eu não tenho certeza de que conseguirei.

T: Ok, deixe-me ver se eu entendo. Aqui, no meu escritório, você pensou que obteria um senso moderado de realização e de prazer, quando você saiu para correr. Mas, em vez disso, você recebeu muito pouco. Isso parece como se você estivesse tendo pensamentos do tipo: “Isso é difícil”, “Eu estou realmente sem fôlego.” “Eu costumava fazer isso facilmente” “Eu estou em tão má forma agora”, “Talvez eu jamais seja capaz de voltar à forma anterior de novo.” E esses pensamentos a fizeram sentir-se triste. Isso parece correto?

P: Sim.

Nessa última parte, o terapeuta utiliza a tabela de atividade como um veículo para identificar alguns pensamentos automáticos que estavam solapando a apreciação do paciente a respeito de uma atividade. No segmento seguinte, ele a ajudará a avaliar a cognição chave, “Talvez eu jamais serei capaz de voltar à forma.” Ele também ensinará a paciente a comparar-se como ela era em seu pior momento em vez de em sua melhor fase.

■ DISTRAÇÃO E REFOCALIZAÇÃO

Conforme descrito no Capítulo 8, é usualmente melhor para o paciente avaliar seus pensamentos automáticos no ato e modificar assim o seu pensamento. Em muitas situações, no entanto, essa estratégia é inviável, sendo indicadas a refocalização e a atenção, a distração ou os cartões de leitura de enfrentamento.

A refocalização é particularmente útil em situações nas quais a concentração é necessária para a tarefa em questão, como completar um trabalho, conduzir uma conversa ou até mesmo dirigir um carro. O terapeuta ensina o paciente a refocalizar a tarefa imediata, isto é, deliberadamente voltar a sua atenção ao relatório que ela está escrevendo, ao que seu companheiro de conversa está dizendo, ou à estrada à sua frente. O terapeuta ensaia a estratégia com o paciente, tentando saber como ele refocalizou a sua atenção no passado e como ele acredita que poderá fazer isso no futuro.

T: Ok, então uma alternativa possível de quando você estiver ansiosa em aula é responder a esses pensamentos. Mas às vezes pode ser melhor apenas mudar o seu foco para o que está acontecendo na aula. Você fez isso antes, um esforço para se concentrar em aula?

P: Ah... é, eu acho que sim.

T: Como você fez isso?

P: Bem, ajuda quando eu começo a anotar muitas coisas.

T: Bom. Que tal se esta semana você tentar *não* se deixar apenas sentir-se confusa pelos seus pensamentos negativos, com ansiedade e com tristeza, mas em vez disso responder aos seus pensamentos ou até mesmo refocalizar e anotar muitas coisas ou ambos?

P: Ok.

T: Como você lembrará de fazer isso?

Em outros momentos, quando o afeto do paciente está confuso e não há uma tarefa imediata à mão, a distração pode ser útil. Em geral, o terapeuta certifica-se de que, no passado, funcionou para o paciente e, então, oferece outras sugestões, caso seja necessário.

T: Ok, você fez o Registro de Pensamentos Disfuncionais, mas você ainda se sentiu bastante ansiosa?

P: É.

T: Talvez mais tarde, nesta sessão, nós falemos sobre por que você poderá não se sentir melhor depois de fazer um registro de pensamento, mas, por agora, eu gostaria de conversar sobre o que mais você pode fazer para reduzir a sua ansiedade. Está bem?

P: É, isso ajudaria.

T: Diga-me, Sally, o que você fez, no passado, para distrair-se quando você se sentiu mal?

P: Em geral, eu ligo a TV.

T: Quão bem isso geralmente funciona?

P: Às vezes, eu consigo distrair-me e me sentir melhor, às vezes não.

T: Ok, se isso não funciona bem, o que mais você tenta?

P: Às vezes, eu pego o jornal ou faço palavras cruzadas, mas isso também não funciona sempre.

T: Alguma outra idéia?

P:... Acho que não.

T: Deixe-me mencionar algumas coisas que outras pessoas consideram útil. Você poderia tentar, como experiência, uma ou duas destas três coisas esta semana: sair para caminhar ou correr, telefonar para um amigo, limpar o seu armário, mesa ou arrumar as prateleiras, conferir o seu talão de cheques, ir até a mercearia, procurar um vizinho. O que você acha? Você gostaria de tentar qualquer uma dessas coisas esta semana?

P: Sim. Eu acho que correr poderia ajudar. Eu costumava fazer isso.

A melhor solução para a disforia não é meramente esquecer pensamentos que passam pela sua cabeça através de refocalização ou de distração. Os pacientes pre-

cisam de uma variedade de ferramentas para reduzir sua disforia, particularmente quando a reestruturação cognitiva é inefetiva. Um obstáculo, no entanto, é que alguns pacientes de fato tendem a confiar muito intensamente nessas técnicas alternativas para aliviar sua aflição em vez de avaliar e modificar seus pensamentos automáticos. Uma breve discussão, como a apresentada a seguir, geralmente ajuda.

T: Então, o que você está dizendo é que tende a esquecer os pensamentos que passam pela sua cabeça quando está triste. Isso está certo?

P: Sim.

T: E estes pensamentos, por exemplo, de que você não pode fazer alguma coisa, desaparecem da sua cabeça completamente?

P: Não, eles em geral voltam.

T: Então, você não os está realmente esquecendo por completo, eles ainda permanecem escondidos na sua cabeça, esperando uma outra oportunidade para vir à tona e torná-la infeliz?

P: Eu acho que sim.

T: Eu fico pensando se, esta semana, você estaria disposta, pelo menos parte do tempo, a parar de distrair-se e, em vez disso, trabalhar de verdade sobre esses pensamentos, avaliá-los como você tem aprendido a fazer nas sessões?

P: Ok.

T: Mesmo se for impossível, no momento, fazer um Registro de Pensamentos Disfuncionais, talvez você pudesse fazê-lo tão logo tenha um tempo livre.

■ RELAXAMENTO

Muitos pacientes se beneficiam ao aprender técnicas de relaxamento, descritas em detalhes alhures (Benson, 1975; Jacobson, 1974). De forma semelhante a todas as técnicas descritas neste volume, os exercícios de relaxamento deveriam ser ensinados e praticados em sessão, onde problemas podem ser manejados e a eficácia avaliada.

Como ocorre com todas as técnicas, o terapeuta propõem que o paciente pratique o relaxamento como uma experiência, pois isso o ajudará a reduzir a ansiedade ou conduzirá a possíveis pensamentos ansiosos que podem ser avaliados.

O terapeuta deveria também estar ciente de que alguns pacientes experimentam um efeito de estimulação paradoxal a partir de exercícios de relaxamento; tornam-se, em alguns casos, mais tensos e ansiosos (Clark, 1989).

■ CARTÕES DE ENFRENTAMENTO

Os cartões de enfrentamento são usualmente cartões de 8 x 13 cm que o paciente mantém por perto (frequentemente em uma gaveta de escrivaninha, bolso, bolsa, afixado em um espelho de banheiro, refrigerador ou no painel de carro). Ele é encorajado a

lê-los em um período regular (por exemplo, três vezes por dia) ou na medida do necessário. Esses cartões podem assumir várias formas, três das quais são descritas, a seguir: escrever um pensamento automático chave ou uma crença, de um lado com sua resposta adaptativa, do outro projetando estratégias comportamentais para usar em situações problemáticas específicas e compor auto-instruções para motivar o paciente.

Cartão de Enfrentamento 1:

Uma Resposta Adaptativa a um Pensamento Automático

Quando um paciente não consegue avaliar pensamentos aflitivos e quando a distração ou a refocalização não são preferíveis, ele pode ler um cartão de enfrentamento (ver Figuras 12.4 e 12.5) que ele e o terapeuta criaram antecipadamente. É desejável também que o paciente leia o cartão regularmente para que ele tenha cada vez mais a integrá-lo em seu pensamento.

T: Você pensa que seria útil ter um cartão de leitura para relembra-la de como responder ao pensamento “Eu não consigo fazer isso”, quando você estiver lendo o seu texto de economia?

P: Sim.

T: Ok, e se você pegar este cartão e escrever “Eu não consigo fazer isso”, de um lado?

P: (Faz isso.)

T: Agora, o que nós acabamos de discutir que seria bom para você lembrar?

CARTÃO DE ENFRENTAMENTO 1

(Lado 1)

Pensamento automático

Eu não consigo fazer isso.

(Lado 2)

Resposta adaptativa

Bem, eu poderia sentir que eu não consigo fazer isso, mas isso pode não ser verdade. Muitas vezes, no passado, eu pensei que não conseguiria ler e entender esse texto, mas se eu realmente continuei e abri o livro e comecei a ler, eu de fato entendi, pelo menos até um certo ponto. Poder ser difícil, mas provavelmente não é verdade que eu não consigo fazer isso. O pior que pode acontecer é que eu começarei a ler e não entenderei, mas, então, posso parar ou perguntar para alguém sobre isso ou fazer outro trabalho em vez desse. Isso seria melhor do que simplesmente não tentar. Pensamento negativo apenas abaixa a minha motivação. Eu deveria continuar e testar a idéia de que eu não consigo fazer isso.

FIGURA 12.4. Cartão de enfrentamento 1.

Após a discussão, o paciente resume os pontos mais importantes para colocar no lado contrário do cartão. Então, o terapeuta e o paciente discutem quando seria útil ler o cartão, como, por exemplo, no café da manhã, no almoço, no jantar e em alguns momentos estratégicos durante o dia: antes de pegar os livros para ir à biblioteca, quando a paciente (no caso Sally) primeiramente senta à mesa e quando ela chega a uma parte do texto que é considerada difícil.

Cartão de Enfrentamento 2: Estratégias de Enfrentamento

Um segundo tipo de cartão de enfrentamento contém algumas técnicas para um paciente experimentar quando se encontra em uma situação difícil (Figura 12.5). De uma forma colaborativa, o terapeuta e o paciente desenvolvem tal cartão, de modo que o paciente possa lembrar estratégias que foram discutidas na sessão. O terapeuta pergunta ao paciente o que ele pensa que pode fazer em uma situação particular e, então, acrescenta algumas sugestões. O paciente, então, escreve o cartão de enfrentamento, usando as idéias que ele pensou serem úteis. No caso de Sally, o terapeuta conduziria a sessão da seguinte maneira:

T: Nós acabamos de falar sobre algumas das coisas que você pode fazer quando estiver muito ansiosa. Ajudaria você escrevê-las em um cartão que pudesse consultar como um lembrete?

P: Sim.

T: Aqui está um cartão. Que tal escrever em cima: “Estratégias para quando eu estou ansiosa.” Agora, o que você gostaria de escrever sob isso?

Cartão de Enfrentamento 3: Instruções para Motivar o Paciente

Quando um paciente está desmotivado, um cartão de enfrentamento pode ajudá-lo a tornar-se motivado (Figura 12.5). De forma semelhante a anterior, esse cartão é desenvolvido colaborativamente. (“Sally, você acha que seria útil escrever em um cartão as coisas que nós acabamos de discutir a respeito de procurar o seu professor?”) O terapeuta pode ter que despendar algum tempo motivando o paciente à leitura do próprio cartão. Cabe ao profissional examinar as vantagens e desvantagens de ler o cartão e especificar que, quando o paciente for fazê-lo, ele deve identificar e responder aos seus pensamentos automáticos (previstos) que poderiam inibir o seu uso.

CARTÃO DE ENFRENTAMENTO 2 **Estratégias para quando eu estou ansiosa**

1. *Fazer um Registro de Pensamento Disfuncional.*
 2. *Ler os cartões de enfrentamento.*
 3. *Ligar para um amigo.*
 4. *Sair para caminhar ou correr.*
-

CARTÃO DE ENFRENTAMENTO 3

Quando eu desejo pedir ajuda ao professor

1. *Relembrar a mim mesmo que isso não é grande coisa. O pior que pode acontecer é ele ser indelicado.*
2. *Lembrar que isso é uma experiência. Mesmo que ela não funcione desta vez, é uma boa prática para mim.*
3. *Se ele for indelicado, provavelmente isso não tem nada a ver comigo. Ele pode estar ocupado ou irritado com alguma outra coisa.*
4. *Mesmo que ele não possa me ajudar, e daí? Será um fracasso dele como professor, não meu como aluno. Isso significa que ele não está fazendo o trabalho dele de forma adequada.*
5. *Então, eu deveria ir procurá-lo agora. Lembre-se, na pior das hipóteses, é uma boa prática.*

FIGURA 12.5. Cartões de enfrentamento 2 e 3.

■ A EXPOSIÇÃO GRADUADA

A fim de atingir uma meta, é, em geral, necessário executar algumas medidas ao longo do caminho. Os pacientes tendem a tornar-se confusos quando eles focalizam quão longe eles estão de uma meta em vez de focalizar a sua etapa presente. Uma representação gráfica dos passos é freqüentemente tranquilizadora para o paciente (ver Figura 12.6).

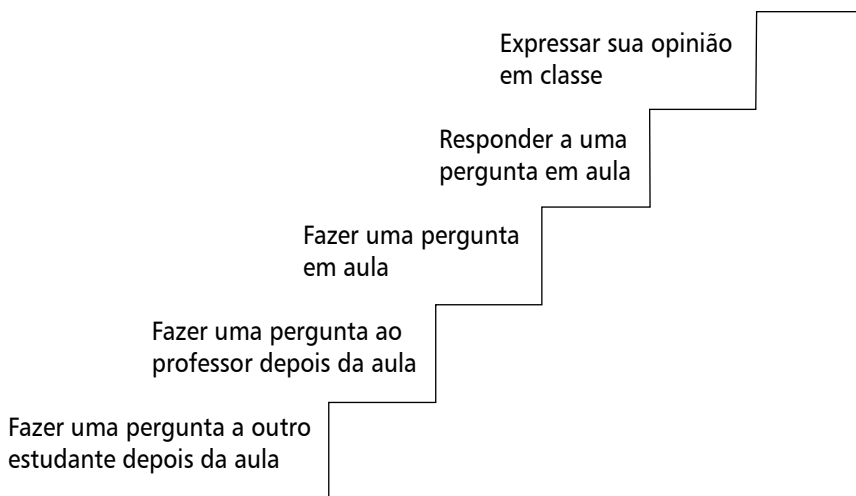


FIGURA 12.6. Separando as metas em passos.

T: Sally, parece que é bastante assustador somente pensar sobre o fato de falar em aula, embora seja algo que você deseja tanto ser capaz de fazer.

P: É.

T: Eu fico pensando como nós poderíamos separar isso em etapas; por exemplo, você poderia começar apenas fazendo uma pergunta *depois* da aula, para um outro aluno ou para o professor?

P: É. Eu acho que eu poderia fazer isso.

T: Qual poderia ser o próximo passo? [O terapeuta orienta Sally a identificar as etapas apresentadas na Figura 12.6.]

T: Ainda parece assustador pensar sobre a possibilidade de você falar em aula?

P: É, um pouco.

T: (*Desenha uma escada.*) Ok, aqui está o que você tem que lembrar. Você vai começar aqui de baixo, fazendo algo que é apenas um pouquinho difícil e você deverá, então, ficar realmente confortável (nesta etapa) antes de tentar a etapa seguinte, e assim sucessivamente. E lembre-se, antes que você tente passar para a etapa final, você deverá ter ficado realmente boa na etapa anterior, está bem?

P: Huh huh.

T: Então, cada vez que você começar a pensar sobre a meta final, que tal você se relembrar dessa escada e especificamente do degrau no qual você está e como irá, no futuro, prosseguir, isto é, subir a escada um passo de cada vez. Você acha que isso ajudará a diminuir a sua ansiedade?

Em geral o terapeuta sugere começar com uma atividade que está associada a uma ansiedade baixa ou moderada e sugere a prática desse passo a cada dia ou até mesmo várias vezes em um dia até que a ansiedade do paciente tenha-se reduzido significativamente. O paciente então tenta a tarefa seguinte na hierarquia até que possa fazê-la com relativa facilidade.

Terapeuta e paciente podem discutir para usar antes, durante e depois de cada tarefa várias técnicas de enfrentamento: Registros de Pensamentos Disfuncionais, cartões de enfrentamento, exercícios de relaxamento, etc. Para pacientes particularmente evitativos, o ensaio encoberto (Capítulo 14) é sugerido para identificar os pensamentos automáticos distorcidos ou para identificar possíveis desculpas para não fazer uma tarefa. Além disso, o terapeuta pode verificar que o paciente tende mais a trabalhar diariamente em uma hierarquia e exposição graduada se ele é solicitado a preencher uma tabela de atividade. Uma tabela de atividade em branco pode ser usada ou um gráfico sob medida pode ser rapidamente desenhado. O gráfico pode ser simples, constando apenas a data, atividade e nível de ansiedade ou pode ser mais elaborado (ver Figura 12.7). Em um gráfico mais elaborado, o paciente pode também ser instruído a registrar e então assinar as previsões que não se tornaram verdadeiras, uma tarefa que adicionalmente relembra o paciente da falta de precisão de muitos dos seus pensamentos. Algumas descrições detalhadas do processo utilizado para desenvolver hierarquias agorafóbicas podem ser encontradas em várias fontes (por exemplo, Goldstein & Stainback, 1987).

Data	Atividade	Nível previsto de ansiedade 0-100	Nível atual de ansiedade 1-100	Previsões	Técnicas de enfrentamento usadas
04/04	Fazer perguntas na aula.	80	50	Eu não serei capaz de fazer isso. Nada sairá da minha boca. Eu farei papel de bobo.	RPD antes da aula. Ler cartões de enfrentamento antes da aula.

FIGURA 12.7. Gráfico sob medida.

■ **ROLE-PLAY (DRAMATIZAÇÃO)**

O *role-play* é uma técnica que pode ser usada para uma ampla variedade de propósitos. Descrições de dramatização podem ser encontradas ao longo deste volume, incluindo *role-play* para a identificação de pensamentos automáticos, para o desenvolvimento de uma resposta racional e para a modificação de crenças intermediárias e centrais. A dramatização também é útil para aprender e praticar algumas habilidades sociais.

Em geral alguns pacientes têm habilidades sociais fracas ou são proficientes em um estilo de comunicação mas carecem de habilidades para adaptar seu estilo quando necessário. Sally, por exemplo, é bastante hábil em conversações sociais normais e em situações que solicitam uma posição mais interessada e/ou empática. Ela é muito menos hábil, no entanto, em situações nas quais a assertividade seria apropriada. O terapeuta e ela então passam a praticar alguns *role-plays* para praticar a assertividade, já que esta habilidade é uma de suas metas em terapia.

P: Eu nem mesmo sei como eu começaria a falar com o meu professor.

T: Bem, você quer que ele a ajude a entender melhor esse conceito, certo? O que você diria?

P: ... Eu não sei.

T: Bem, que tal se nós fizéssemos uma dramatização. Eu serei você e você fará o papel do professor. Você pode interpretá-lo como sendo tão imprudente quanto você quiser.

P: Ok.

T: Eu começo: Uh, Professor X, o senhor poderia explicar esse conceito para mim?

P: (*Rudemente.*) Eu já fiz isso na semana passada em aula. Você não estava presente?

T: Na verdade, eu estava. Mas eu não o entendi bem o suficiente ainda.

P: Bem, você deveria ler o capítulo no seu livro.

T: Eu já fiz isso, mas também não ajudou muito e é por isso que eu estou aqui agora.

P: Ok, o que você não entendeu sobre isso?

T: Eu tentei pensar em uma pergunta específica antes de vir, mas eu não consegui montá-la em meu raciocínio. Você poderia dispor de uns dois minutos comigo, apenas descrevendo o conceito para, então, eu poder ver se consigo destacar qual é a minha dúvida?

P: Você sabe, eu não tenho muito tempo agora. Por que você não procura outra pessoa na aula?

T: Eu preferiria ouvir isso direto de você. É por isso que eu vim agora, durante as horas de atendimento. Mas, se você preferir, eu poderia voltar na quinta-feira quando você tem de novo o horário de atendimento.

P: Esse é um conceito simples. Você deveria realmente perguntar para algum colega.

T: Eu tentarei isso primeiro. Se eu precisar de mais ajuda eu voltarei na quinta-feira... Ok, fim da encenação. Vamos revisar o que eu fiz e então nós poderemos trocar os papéis.

Antes de ensinar algumas habilidades sociais a um paciente, o terapeuta avalia o nível de habilidade que o paciente já tem. Muitos pacientes sabem precisamente o que fazer e dizer, mas têm dificuldade em usar esse conhecimento devido a suposições disfuncionais (por exemplo, “Se eu expressar uma opinião, eu serei desqualificado.”; “Se eu me afirmar, a outra pessoa ficará magoada e pensará que sou pretensiosa.”). Um meio de avaliar as habilidades é fazer o paciente supor um resultado positivo: “Se você soubesse com certeza que o professor-assistente ficaria contente em conversar com você, o que você diria?” “Se você realmente acreditasse que era o seu direito obter ajuda, o que você diria?” “Se você soubesse que o professor iria voltar atrás e perceber que estava sendo imprudente, o que você diria?”

Uma outra indicação de que o problema está associado a crenças disfuncionais em vez de a um déficit de habilidade é o uso que o paciente faz dessas habilidades em um outro contexto. Um paciente pode ser, por exemplo, bastante assertivo no trabalho, mas não com amigos. Nesse caso, o terapeuta poderia não precisar usar o *role-play* para ensinar habilidades de assertividade (embora ele pudesse usar o *role-play* para fazer o paciente identificar seus pensamentos automáticos enquanto estava sendo assertivo ou para prever pensamentos e sentimentos da outra pessoa quando os papéis são trocados).

■ USANDO A TÉCNICA DO GRÁFICO EM FORMA DE TORTA

É freqüentemente útil para pacientes ver suas idéias em forma gráfica. Um gráfico em forma de torta pode ser usado de muitos modos, por exemplo para ajudar o paciente a estabelecer metas ou para determinar responsabilidade relativa sobre um determinado resultado, ambos estão ilustrados, a seguir. (Ver Figura 12.8)

Estabelecendo Metas

Quando um paciente tem dificuldade em especificar seus problemas e que mudanças ele gostaria de obter em sua vida ou quando ele carece de *insight* sobre quão desequilibrada sua vida está, ele pode beneficiar-se de uma representação gráfica de seu gasto de tempo ideal *versus* o tempo real.

T: Sally, parece como se você soubesse que a sua vida não está totalmente em equilíbrio, mas você não sabe o que mudar.

P: Certo.

T: Que tal se nós desenhassemos um diagrama em forma de torta para ajudar a descobrir?

P: Ok.

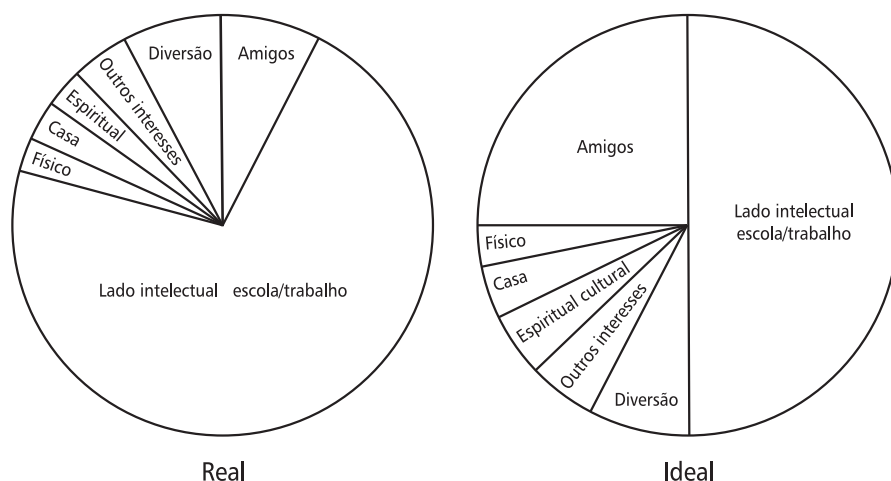


Figura 12.8. Uso de um gráfico em forma de torta para estabelecer metas.

T: Primeiro, nós criaremos, agora, um diagrama da sua vida real e então um de sua vida ideal. Pense sobre quanto tempo você está realmente despendendo nessas áreas:

Trabalho/escola	Cuidando do seu físico
Amigos	Cuidando da sua casa
Diversão	Cuidando dos seus aspectos
Outros interesses	espiritual, cultural, intelectual

T: Você pode desenhar um gráfico em forma de torta e colocar as divisões de modo a me dar uma idéia *aproximada* de como você está despendendo o seu tempo agora? (*Faz isso.*)

T: Ok, a seguir, o que você mudaria em relação a isso em uma vida ideal?

P: Bem... Eu acho que eu trabalharia menos, provavelmente tentaria divertir-me mais... passaria mais tempo com os amigos, iria exercitar-me mais, passaria mais tempo como voluntária na escola primária...

T: Bom. Como seria um diagrama ideal?

P: (*Preenche o Diagrama Ideal.*) Mas estou com medo que, se eu despendo menos tempo trabalhando, ainda me sairei mal nos estudos.

T: Ok, vamos escrever essa previsão. Agora, você pode estar certa e nesse caso você poderia sempre voltar para a quantidade de estudo que você está fazendo por ora. Ou, talvez você possa estar errada. É possível que se você trabalhar menos e fizer mais coisas prazerosas, o seu humor melhorará. Se

o seu humor melhorar, será possível que você possa concentrar-se melhor e estudar mais eficientemente? O que você acha?

P: Eu não tenho certeza.

T: De qualquer modo, nós podemos testar a sua previsão e ver o que acontece.

P: Eu sei de fato que não estou estudando muito eficientemente agora.

T: Então, pode muito bem acontecer que, uma vez conseguindo reequilibrar a sua vida e, ao mesmo tempo, receber *inputs* positivos a partir de coisas que lhe dão, você seja capaz de ter um desempenho melhor com menos trabalho. (O terapeuta e o paciente agora estabelecem metas específicas para levar o gasto de tempo do paciente mais para perto do seu modelo ideal de vida.)

Examinando a Contribuição de Vários Fatores para um Resultado Negativo

Uma outra técnica em forma de gráfico permite que o paciente veja as causas possíveis para um determinado resultado (ver Figura 12.9).

T: Sally, o quanto você acredita que ter tirado um C no seu exame é basicamente fruto de sua incapacidade?

P: Oh, perto de uns 100%.

T: Eu fico pensando se poderia haver outras razões.

P: ... Bem, houve algumas coisas que nós, na verdade, nunca vimos em aula.

T: Ok, alguma outra coisa?



FIGURA 12.9. Gráfico em forma de torta para causalidade.

- P: Eu perdi duas aulas, então tive que pegar anotações emprestadas, mas as anotações de Lisa não estavam tão corretas.
- T: Alguma outra coisa?
- P: Eu não sei. Eu estudei muito algumas coisas que acabaram não caindo no exame.
- T: Parece que você não teve muita sorte em relação a isso.
- P: É, não tive e dos tópicos que eu estudei poucos caíram no exame. Eu adivinhei errado.
- T: Alguma outra razão para explicar por que você não foi tão bem quanto você teria gostado?
- P: Hmmm. Eu não consigo pensar em nenhuma.
- T: Todos os outros foram bem?
- P: Eu não sei.
- T: Você diria que foi um teste difícil?
- P: É, foi difícil demais.
- T: Você diria que o professor fez um trabalho realmente bom ao explicar o material?
- P: Não. Eu não acho que ele fez um bom trabalho. Eu tive que confiar, principalmente, em leituras. Uma das vezes eu ouvi as pessoas comentando que não conseguiam acompanhar o que ele estava falando.
- T: E fico pensando se você também poderia ter tido problemas em concentrar-se devido a sua depressão e ansiedade?
- P: Certamente.
- T: Ok, vejamos como tudo isso pareceria graficamente. Aqui está um gráfico em forma de torta; vamos dividi-lo em duas partes para explicar por que você tirou um C no exame, incluindo (1) o professor não ensinou tão bem; (2) o teste foi realmente difícil; (3) você teve má sorte porque, por acaso, não estudou tanto o material que acabou caindo no exame; (4) você pegou emprestadas anotações que não estavam muito precisas; (5) houve material no exame que não foi sequer revisto em aula; (6) sua depressão e ansiedade interferiram com a sua concentração e (7) no fundo, você é uma pessoa incapaz. *(O paciente reconhece o diagrama em forma de torta, Figura 12.9.)*
- T: Parece que você dividiu as seções de forma bastante homogênea. Quanto você acredita, agora, que tirou um C no exame devido a você ser uma pessoa incapaz?
- P: Menos. 50% talvez.
- T: Bom. É uma queda bastante grande.

Quando investiga a contribuição de explicações alternativas, o terapeuta faz o paciente estimar a atribuição disfuncional (nesse caso, “Eu sou incapaz”) por último, para que ele considere mais plenamente todas as explicações.

■ COMPARAÇÕES FUNCIONAIS DO SELF E DIÁRIOS DE AUTODECLARAÇÃO POSITIVA

Os pacientes com transtornos psiquiátricos têm uma tendência negativa no processamento de informações, especialmente ao avaliar a si mesmos. Eles tendem a perceber dados que poderiam ser interpretados como negativos e ignorar ou até mesmo esquecer as informações que são positivas. Além disso, eles frequentemente fazem uma ou duas comparações disfuncionais: eles comparam a si mesmos no presente em relação a como eles estavam antes, no início do seu transtorno ou se comparam com outros que não apresentam um transtorno psiquiátrico. Essa tendência de atenção negativa ajuda a manter ou aumentar sua disforia.

Mudando a Autocomparação

Na transcrição a seguir, o terapeuta ajuda a paciente a ver que são disfuncionais a sua atenção negativa (seletiva) e as suas comparações. Ele, então, a ensina a fazer comparações mais funcionais (consigo mesma em seu pior momento) e a manter um diário de autodeclarações positivas.

T: Sally, parece que você é bastante dura consigo mesma. Você acha que há alguma coisa que fez, esta semana, pela qual você mereceria crédito?

P: Bem, eu de fato terminei o meu trabalho de literatura.

T: Alguma outra coisa?

P: Ummm... Eu não consigo pensar em mais nada.

T: Eu fico pensando que você poderia não ter percebido algumas coisas.

P: Eu não sei.

T: Por exemplo, a quantas aulas você assistiu?

P: Todas elas.

T: Em quantas você anotou a matéria?

P: Em todas.

T: Isso foi fácil de fazer? Ou você teve que se forçar a ir e a se concentrar?

P: Foi difícil. Mas eu deveria ter sido capaz de fazer isso facilmente. Ninguém mais provavelmente teve que se forçar.

T: Oh... Parece como se você estivesse se comparando com outras pessoas de novo. Você faz muito isso?

P: E, eu acho que sim.

T: Isso parece uma comparação justa para você? Você seria tão severa consigo mesma, por exemplo, se você tivesse tido que se forçar a ir a uma aula e concentrar-se se você estivesse com pneumonia?

P: Não, eu teria tido uma razão legítima para estar cansada.

T: Exatamente. Eu fico pensando se você tem uma razão legítima para estar cansada agora? Talvez você *de fato* mereça crédito quando você se força. Você lembra da primeira sessão quando nós falamos sobre os sintomas da

depressão: cansaço, baixa energia, problemas para concentrar-se, distúrbios de sono e apetite, etc.?

P: Huh huh.

T: Então, talvez você *de fato* mereça crédito por forçar-se a seguir adiante, já que você está deprimida?

P: Eu não tinha pensado desse jeito.

T: Ok, revisemos duas coisas agora: o que você faz quando se compara com outros e como você se monitora sobre o que você merece crédito. Ok, o que acontece com o seu humor quando você se compara com outros, por exemplo, quando você pensa: “Ninguém mais tem que se forçar a ir para as aulas e anotar a matéria?”

P: Eu me sinto muito mal.

T: E o que aconteceria se você dissesse para si mesma: “Ei, espere um minuto. Isso não é uma comparação razoável. Deixe-me comparar-me *comigo mesma* no meu pior momento, quando eu estava ficando na cama o dia inteiro e perdendo muitas aulas.”

P: Bem, eu perceberia que eu estou produzindo mais agora.

T: E o seu humor pioraria?

P: Não, provavelmente ficaria melhor.

T: Você gostaria de tentar essa comparação como tarefa de casa?

P: Uh huh.

T: Ok, vamos escrever isso na sua folha de tarefas: “Perceber-me comparando-me a outras pessoas não-deprimidas. Então relembrar-me de que isso não é razoável e em vez disso comparar-me comigo mesma em meu pior momento.”

O paciente pode também ter pensamentos automáticos nos quais ele se compara no presente ao que ele gostaria de ser (por exemplo, “Eu deveria ser capaz de ler facilmente este capítulo”), ou como ele estava antes de ficar deprimido (por exemplo, “Isso costumava ser tão fácil para mim”). Novamente, o terapeuta focaliza sua atenção sobre o quanto o paciente progrediu desde seu pior momento em vez de quão longe ele está do seu melhor momento ou o quanto ele ainda tem que ir.

Parte da transcrição anterior foi fundamentada no conhecimento do terapeuta de que Sally já melhorara um pouco. Em uma outra situação, o terapeuta apura quando foi o pior momento: “Quando foi o pior momento para você? Como era, então, a sua vida?” “O que você estava fazendo ou não estava fazendo na ocasião?” Se o paciente responde com precisão que o pior momento é exatamente agora, o terapeuta modifica a sua abordagem: “Parece como se você se sentisse bastante para baixo quando se compara com outras pessoas ou como você desejaria que você fosse. Eu fico pensando se poderia ser útil, nestes momentos, relembrar-se de que você tem uma lista de metas e que juntos nós estamos desenvolvendo um plano para ajudá-la a fazer algumas mudanças. Se você lembrasse a si mesma que você e eu somos uma equipe

trabalhando para levá-la para onde você deseja estar, o que você acha que poderia acontecer com o seu humor?”

Diários de Autodeclaração Positiva

Diários de autodeclaração positiva são simplesmente listas diárias de coisas positivas que o paciente está fazendo ou itens pelos quais ele mereceria crédito. (Ver Figura 12.10.) Como ocorre com todas as tarefas, o terapeuta primeiro explica o embasamento lógico:

T: Sally, eu gostaria de descrever uma tarefa de casa que eu penso que lhe poderia ajudar. Você sabe, nós falamos sobre quão realmente boa você é em criticar a si mesma e encontrar defeitos. Agora, o que acontece com o seu humor cada vez que você tem um pensamento como: “Eu deveria estar fazendo isso melhor,” ou “Eu fiz um trabalho horrível naquilo?”

P: Eu me sinto pior.

T: Certo. E o que você acha que aconteceria, se você comesse a perceber mais coisas boas que você está fazendo?

P: Eu provavelmente me sentiria melhor.

T: Ok, agora, você diria que seria razoável eu dar a mim mesmo crédito, se eu estivesse cansado devido a uma pneumonia ou a uma depressão, mas me forçasse de qualquer modo a sair da cama e viesse trabalhar, atendesse os meus pacientes, escrevesse cartas e assim por diante?

P: Claro.

T: Mesmo se eu não fizesse essas coisas tão bem quanto o normal?

P: Bem, claro.

T: Porque, suponho, que em vez disso eu poderia ter ficado na cama e puxado as cobertas para cima da minha cabeça.

LISTA DE CRÉDITOS

(Coisas que eu fiz que foram positivas ou foram um pouco difíceis, mas as fiz assim mesmo)

1. *Tentei acompanhar o que foi dito na aula de estatística.*
2. *Terminei de digitar o meu trabalho e o entreguei.*
3. *Conversei com Júlia no almoço.*
4. *Liguei para Jon para confirmar o trabalho de química.*
5. *Preparei o jantar em vez de ir dormir.*
6. *Li o capítulo 5 do livro de economia.*

Figura 12.10. Lista de créditos de Sally.

P: Certo.

T: Agora, o mesmo se aplica a você? *Você* merece crédito por se forçar a ir em frente?

P: Eu acho que sim.

T: Você sabe, provavelmente é difícil para você lembrar de dar crédito a si mesma fora da nossa sessão. É por isso que eu estou sugerindo que você mantenha uma lista de coisas pelas quais você merece crédito. O que você acha?

P: Eu poderia tentar.

T: Aqui, experimentemos agora, se estiver bem para você. Do que você quer chamá-la - Lista de Créditos? Diário de Autodeclaração Positiva? Alguma outra coisa?

P: Oh, Lista de Créditos, eu acho melhor.

T: Bom. Agora, nessa lista, você pode apenas escrever as coisas positivas que você fez ou que você consegue pensar para si mesma: “O que eu fiz hoje que foi até mesmo um pouquinho difícil, mas que mesmo assim fiz?”

P: Ok. (*Escreve as instruções.*)

T: Comecemos com hoje. O que você já fez hoje?

P: (*Escreve enquanto fala.*) Vejamos, eu fui para a minha aula de estatística... foi um pouco difícil de continuar, mas eu tentei... eu terminei de digitar o trabalho e o entreguei... eu conversei com a amiga da minha colega de quarto que almoçou conosco...

T: Este é um bom começo. Como você se sente sobre fazer isso todos os dias?

P: Bem.

T: Eu acho que você se lembrará das coisas muitas vezes mais se escrevê-las imediatamente. Mas se você não puder, você poderia pelo menos tentar anotá-las no almoço, jantar e antes de dormir. Você acha que poderia fazer isso?

P: Posso.

T: Pense que você precisa escrever *por que* está fazendo essa tarefa?

P: Não, eu lembrarei. Ela me faz pensar em coisas boas e isso me faz sentir-me melhor.

Preencher diários de autodeclaração positiva de início na terapia também ajuda a preparar os pacientes para a tarefa posterior de revelar dados positivos para o Relatório de Crenças Centrais (Capítulo 11).

Em suma, há muitas técnicas cognitivas e comportamentais; este volume descreve as mais comuns. Os leitores são encorajados a fazer uma leitura adicional para aumentar seu repertório.

13

A CONSTRUÇÃO DE IMAGEM

Muitos pacientes experimentam os pensamentos automáticos não apenas como palavras não-faladas em sua mente, mas também em forma de figuras ou de imagens mentais (Beck & Emery, 1985). Sally, por exemplo, teve o seguinte pensamento: “Meu professor pensará que eu estou abusando dele se eu pedir ajuda.” Ao indagar, o terapeuta determinou que Sally, junto com esses pensamentos verbais automáticos, havia simultaneamente visualizado seu professor como um gigante sobre ela, carrancudo e parecendo bastante aborrecido quando ela fez uma pergunta. Essa imagem foi um pensamento automático imaginário.

Este capítulo demonstra como ensinar os pacientes a identificar suas imagens espontâneas e como intervir terapeuticamente tanto com imagens espontâneas como com induzidas. Embora muitos pacientes tenham imagens visuais, poucos as relatam. Meramente perguntar sobre imagens, até mesmo repetidamente, às vezes, não é suficiente para as identificar. As imagens são, com frequência, bastante breves e são comumente perturbadoras; muitos pacientes as tiram de sua cabeça com bastante rapidez. A possível falha em identificar e/ou responder às imagens perturbadoras pode resultar em uma aflição contínua para o paciente. O terapeuta começa a educar o paciente sobre as imagens na primeira sessão (ver Capítulo 3).

■ IDENTIFICANDO AS IMAGENS

A fim de ensinar aos pacientes como reconhecer e intervir com suas imagens aflitivas, o terapeuta tenta recordar com o paciente uma imagem espontânea que o mesmo teve ou tenta induzir uma nova imagem em sessão. Na transcrição a seguir, o terapeuta busca descobrir se Sally teve uma imagem espontânea simultaneamente com um pensamento automático verbal.

TERAPEUTA: Então, você teve o pensamento: “Ele pensará que eu estou abusando dele se eu pedir ajuda.” Você se sentiu ansiosa?

PACIENTE: Sim.

T: Eu fico pensando, quando você teve esse pensamento, você formou uma cena na sua cabeça?

- P: Eu não estou entendendo o que você quer dizer.
- T: Você imaginou como o seu professor poderia parecer quando você pedisse ajuda a ele? Ele parecia feliz? (*Sugerir uma possibilidade oposta à esperada ajuda o paciente a focalizar a imagem.*)
- P: Não, ele estava carrancudo.
- T: Você imaginou alguma outra coisa? Onde, por exemplo, você visualizou isso acontecendo, na sala de aula?
- P: Não. Eu me imaginei batendo na porta do escritório dele, entrando e dizendo a ele que eu não entendi algo sobre o que ele tinha falado em aula.
- T: E, então, o que aconteceu?
- P: Bem, eu o vi sobre mim, realmente alto e carrancudo.
- T: Alguma outra coisa?
- P: Não, acho que isso é tudo.
- T: Ok. Essa cena ou essa visualização é o que nós chamamos de uma imagem.

Às vezes, os pacientes falham em captar o conceito quando o terapeuta usa apenas a palavra “imagem.” Alguns sinônimos podem incluir: quadro mental, devaneio, cena, fantasia, imaginação ou memória. Se Sally tivesse falhado em relatar uma imagem, seu terapeuta teria tentado usar uma dessas palavras diferentes, ou ele poderia ter optado por induzir uma imagem (se uma meta terapêutica para a sessão fosse a de ajudá-la a reconhecer imagens). Ele poderia ter induzido uma imagem positiva ou neutra (“Descreva para mim como é a fachada da sua casa”, ou “Imagine que você está entrando nesse edifício. O que você vê?”). Ou o terapeuta poderia ter tentado induzir uma imagem sobre uma situação aflitiva, como descrito a seguir:

- T: Você imaginou como o seu professor poderia parecer quando você pediu ajuda para ele? Ele parecia feliz?
- P: Eu não acho que eu o tenha visualizado como ele se parecia.
- T: Você poderia fazer isso agora? Você pode imaginar-se indo até ele? Quando você se aproximaria dele? (*Ajudando o paciente a pensar bastante especificamente.*)
- P: Oh, provavelmente na terça-feira. É quando ele tem algumas horas para o atendimento.
- T: Então, ele estará no escritório dele?
- P: Sim.
- T: Em que prédio ele está?
- P: Bennett Hall.
- T: Ok, você pode imaginá-lo, agora? É terça-feira, você está chegando ao Bennett Hall... Você está chegando ao escritório dele... Você pode ver isso em sua cabeça? A porta está aberta ou fechada?
- P: Fechada.

T: Ok, você pode ver-se batendo na porta? O que ele diz quando ouve a sua batida?

P: Ele diz “Entre”. (*Imita a áspera voz do professor.*)

T: Ok, você pode ver-se entrando? Como está o rosto dele?

P: Ele está com uma expressão severa.

T: E então, o que acontece? (O terapeuta e o paciente seguem uma imagem até o seu ponto mais aflitivo.) Ok, essa cena que você acaba de visualizar é o que nós chamamos de uma imagem. Você pensa que poderia ter tido uma imagem como essa quando você estava pensando em ir vê-lo esta semana?

P: Talvez... Eu não tenho certeza.

T: Que tal se, para tarefa de casa, você procurasse atentar a possíveis imagens que tem quando percebe que está ficando incomodada, além, é claro, de procurar os pensamentos automáticos?

P: Tá bom.

■ EDUCANDO PACIENTES SOBRE A CONSTRUÇÃO DE IMAGENS

Alguns pacientes podem identificar imagens, mas não as relatam para os seus terapeutas porque, muitas vezes, suas imagens são vívidas demais e/ou angustiantes. Eles podem estar relutantes em reexperimentar tal angústia ou temem que o terapeuta os perceba perturbados. Se o terapeuta suspeita de qualquer desses casos, ele regulariza a experiência de imagens.

T: Sally, eu não sei se você *está ou não* tendo imagens. A maioria das pessoas tem, mas usualmente elas estão mais cientes da emoção que acompanha a imagem do que propriamente a imagem em si. Às vezes, as imagens parecem bastante estranhas, mas, na realidade, é comum ter todos os tipos de imagens - tristes, assustadoras, até mesmo algumas violentas. Você consegue recordar alguma imagem que você teve recentemente?

P: Não, eu acho que não.

T: Bem, nós concordamos, esta semana, que você vai ficar atenta às imagens quando você perceber o seu humor mudando. Se você *estiver* tendo imagens aflitivas eu a ensinarei o que você pode fazer em relação a elas.

Regularizar e ensinar o paciente sobre as imagens o ajuda a reduzir a sua ansiedade e torna mais provável a sua identificação. Na transcrição anterior, o terapeuta sugere que o paciente aprenderá a responder às imagens, indicando que ele poderá adquirir controle sobre a sua aflição.

O terapeuta deve ser freqüentemente gentil ao ensinar os pacientes a identificar as suas imagens até que eles possam “pegar o jeito.” A maioria dos pacientes simplesmente não tem consciência de imagens inicialmente, e muitos terapeutas desistem

após algumas tentativas. Se o próprio terapeuta obtém uma imagem visual a partir do relato do paciente, ele pode usar essas imagens como um indício para verificar uma possível imagem que o paciente possa ter experimentado.

T: Sally, enquanto você estava acabando de descrever que estava com medo da reação de sua colega de quarto, eu montei uma cena dela na *minha* cabeça, mesmo não a conhecendo. Você esteve imaginando como ela poderia parecer quando você levasse o problema do barulho a ela?

Se o paciente continua a apresentar algumas dificuldades em identificar as imagens espontâneas, o terapeuta poderá induzir a criação de uma imagem em torno de uma situação menos ameaçadora. “Você imaginou como eu poderia ser antes de me conhecer? Ou como este consultório poderia ser?... Descreva esse quadro para mim... Essa cena é o que nós chamamos de uma imagem.” Uma alternativa é fazer que o paciente recorde um evento recente: “Como você chegou aqui hoje? Você pode ver a si mesmo entrando no ônibus? O quanto ele estava cheio? Em que parte do ônibus você sentou? Como era a aparência da pessoa mais próxima a você? Você pode obter uma imagem disso?”

■ RESPONDENDO ÀS IMAGENS ESPONTÂNEAS

Uma vez que o terapeuta tenha apurado que um paciente com frequência tem imagens aflitivas, ele lhe ensina vários meios de responder a elas, usando um embasamento lógico semelhante ao seguinte:

T: Sally, eu gostaria de revisar com você várias coisas que você pode fazer quando percebe uma imagem aflitiva em sua cabeça. É difícil saber antecipadamente, para qualquer imagem específica, qual técnica será mais útil, então, nas próximas duas sessões, nós experimentaremos algumas alternativas, está bem?

Há várias técnicas que os pacientes podem aprender para responder às suas imagens espontâneas. As primeiras seis técnicas ajudam os pacientes a reduzir sua aflição “vendo” uma situação de uma forma diferente; a última técnica oferece um alívio temporário, fazendo que o paciente focalize algo mais. O terapeuta também aconselha ao paciente praticar as técnicas muitas vezes (dentro e fora da sessão), a fim de usá-las efetivamente.

Seguindo as Imagens até a sua Conclusão

Essa técnica é frequentemente a mais útil e portanto pode ser ensinada primeiro. Ela pode ajudar o terapeuta e o paciente a conceituarem melhor o problema, conduzindo a uma reestruturação cognitiva da imagem e à promoção do alívio. O

terapeuta encoraja o paciente a continuar a imaginar uma determinada imagem espontânea até que uma entre duas coisas ocorra: o paciente imagina passar por uma crise e se sente melhor ou imagina uma catástrofe final, como a possível morte. (Se a última acontece, o terapeuta pode, então, explorar as consequências temidas e o sentido da catástrofe final e intervir assim adicionalmente.) A transcrição seguinte ilustra o primeiro cenário; o paciente imagina estar passando por uma dificuldade específica.

T: Ok, Sally, você pode trazer aquela imagem a sua mente de novo? Descreva-a para mim em voz alta enquanto você a imagina e procure fazê-lo o mais nitidamente possível.

P: Eu estou sentada na aula: Meu professor está entregando as provas. Eu estou olhando para elas. Minha cabeça está ficando vazia. Eu leio a primeira pergunta. Nada está fazendo sentido. Eu vejo todos os outros ocupados escrevendo. Eu estou pensando: “Eu estou paralisada, eu vou dançar.”

T: E você está sentindo...?

P: Muita ansiedade.

T: Alguma outra coisa está acontecendo?

P: Não.

T: Ok. Isso é muito comum. Você interrompeu a imagem no *pior ponto*, no qual você estava tendo “um branco” e estava paralisada. Agora, o que eu quero que você faça é imaginar o que acontece depois.

P: Hmmmm. Eu não tenho muita certeza.

T: Bem, você ficou assim durante toda hora?

P: Não, eu acho que não.

T: Você consegue imaginar o que pode acontecer a seguir?... Se você está olhando ao redor e vendo os outros alunos, você está realmente paralisada?

P: Não, eu acho que não.

T: O que você vê acontecendo depois?

P: Eu estou olhando para a minha prova de novo, mas eu não consigo prestar atenção.

T: Então, o que acontece?

P: A primeira pergunta não faz sentido para mim...

T: Está bem, e depois?

P: Eu passo para a pergunta seguinte. Eu não tenho certeza da resposta.

T: E depois?

P: Eu continuo seguindo até que encontro uma pergunta sobre a qual sei alguma coisa.

T: E depois?

P: Eu acho que escrevo a resposta correta.

T: Você consegue visualizar-se respondendo à pergunta?

P: Sim.

T: Bom. E depois?

P: Eu continuo seguindo até que encontro alguma coisa a mais que consigo responder.

T: E, então?

P: Eu volto para as primeiras perguntas, tento escrever alguma coisa.

T: Bom. E...?

P: Bem, no fim eu termino tudo o que consigo fazer.

T: E depois? O que acontece?

P: Eu entrego a prova.

T: E depois?

P: Eu acho que vou para a minha próxima aula.

T: E...?

P: Eu sento, pego o caderno certo.

T: E como você está nessa imagem, agora?

P: Um pouquinho abalada ainda. Eu não sei como fui na prova.

T: Melhor do que no início, quando você estava sentindo um branco e paralisada?

P: Oh, sim. Muito melhor.

T: Bom. Revisemos o que você fez. Primeiro, você reconheceu uma imagem aflitiva que interrompeu no ponto pior. Então, você ficou imaginando o que aconteceria depois até que chegou ao ponto onde você estava um pouco melhor. Isso é o que nós chamamos de “seguir a imagem até a sua conclusão.” Você acha que seria útil praticar essa técnica?

No exemplo anterior, a paciente é facilmente capaz de identificar um resultado razoável. Em alguns casos, o terapeuta precisa sugerir uma modificação da cena:

T: Você pode visualizar o que acontece a seguir?... Se você está olhando ao redor e vendo os outros estudantes, você está realmente paralisada?

P: Eu não sei. Eu me *sinto* paralisada.

T: O que você vê acontecendo depois?

P: Eu não sei. Eu apenas continuo sentada lá, sentindo-me paralisada.

T: Você pode ver-se mexendo-se um pouco na cadeira, respirando fundo, olhando pela janela?

P: Hum hum.

T: Você pode ver-se esfregando a parte de trás do seu pescoço, tornando-se menos tensa?

P: Posso.

T: Ok, você está pronta agora na imagem para ler o teste até o fim até que algo pareça familiar?

P: Sim.

T: Você está visualizando isso? O que acontece a seguir?

P: Eu encontro uma pergunta mais fácil.

T: E depois?

Aqui o terapeuta introduz um elemento novo na imagem para ajudar o paciente a “desemperrar-se”. Ele continua desse modo até que o paciente possa continuar sozinho.

Conforme mencionado anteriormente, às vezes o paciente imagina com frequência uma cena que acaba piorando catastroficamente. O terapeuta então conceitua o sentido da catástrofe e intervém de acordo. Essa situação é exemplificada por uma outra paciente, Marie, que “morre” em um acidente de carro.

T: Ok, Marie, então você se vê no carro e está começando a desviar em direção à guarda da ponte. Agora, obtenha a imagem mais clara que você puder na sua cabeça. Então, o que acontece?

P: Ele está aproximando-se. O carro vai de encontro à guarda. (*Chora um pouco.*)

T: (*Gentilmente.*) E depois?

P: (*Chorando.*) O carro está totalmente destruído.

T: (*Suavemente.*) E você?

P: (*Chorando.*) Eu estou morta.

T: E então, o que acontece?

P: Eu não sei. Eu não consigo ver nada depois disso. (*Ainda chorando.*)

T: Marie, eu acho que será útil se nós tentássemos ir um pouquinho mais adiante. Qual é a pior parte sobre morrer nesse acidente?

P: Minhas filhas. Elas não terão mais uma mãe. Elas ficarão simplesmente desamparadas. (*Chorando mais forte.*)

T: (*Espera um momento.*) Você consegue montar uma imagem delas?

Nesse exemplo, seguir a imagem até a conclusão conduz a uma catástrofe. O terapeuta continua gentilmente questionando, para que possa determinar o significado especial da catástrofe. Um exemplo posterior neste capítulo, o de induzir as imagens para prover distância, ilustra um modo de lidar com esse tipo de problema. Nesse caso, a paciente revela que teve uma nova imagem, a das filhas no seu funeral, sentindo-se totalmente desamparadas. Novamente, a paciente interrompeu uma imagem no pior momento. (Ver Capítulo 14, para uma ilustração de como o terapeuta fará a paciente imaginar as suas filhas [mais conformadas] muitos anos depois no futuro.)

Em suma, dois resultados são possíveis ao seguir uma imagem à conclusão. Em um exemplo, o problema é eventualmente resolvido e o paciente sente alívio. No segundo caso, o problema piora até chegar a uma catástrofe, quando o terapeuta busca descobrir seu significado especial, revelando, desse modo, um problema novo. O terapeuta e o paciente podem então induzir uma imagem de enfrentamento, descrita posteriormente neste capítulo.

Seguindo à Frente no Tempo

Em alguns casos, seguir uma imagem até a sua conclusão por vezes não é eficaz porque o paciente continua imaginando cada vez mais obstáculos ou eventos aflitivos. Nesse ponto, o terapeuta poderia sugerir ao paciente para se imaginar em algum momento de um futuro próximo.

T: (*Resumindo.*) Ok, Sally, quando você se imagina começando a fazer esse trabalho, você continua vendo o quanto difícil isso é, quanto esforço está sendo necessário e quantos problemas você está tendo com ele. Realisticamente, você pensa que conseguirá terminar o trabalho?

P: É, provavelmente eu conseguirei, mas eu poderia ter que trabalhar dia e noite por um longo período.

T: Que tal se você for bem à frente no tempo e se imaginar tendo terminado esse trabalho. Você pode imaginar isso? Como está a sua conclusão?

P: Bem, eu acho que me vejo fazendo a última correção. Então eu vou entregá-lo.

T: Espere um momento. Você pode ir um pouquinho mais devagar, realmente imaginando os detalhes, como grampeando as páginas ou tirando um xerox?

P: Ok. Eu estou usando um computador do Centro Acadêmico, então eu estou imprimindo duas cópias. Eu estou grampeando cada uma. Eu coloco uma cópia para ser entregue em uma pasta. Eu a coloco na minha mochila e, então, estou vestindo o meu casaco. Estou caminhando para o College Hall para entregá-lo.

T: Você pode ver-se caminhando e entregando-o?

P: Posso.

T: Como você se sente agora na imagem?

P: Aliviada... é como se um peso tivesse sido tirado do meu peito. Está muito mais leve.

T: Ok, vamos revisar o que nós fizemos. Você visualizou uma imagem de si mesma começando a preparar esse trabalho e quanto mais você imaginava, mais problemas você via e mais ansiosa você estava ficando. Então, você avançou à frente no tempo e se viu terminando-o, o que a fez sentir-se melhor. E se nós escrevêssemos algo sobre essa técnica – de ir à frente no tempo – para que você seja capaz de praticá-la em casa também?

Enfrentando o Conflito na Imagem Visualizada

Uma outra técnica é orientar o paciente a imaginar que ele está enfrentando a situação difícil que ele espontaneamente visualizou.

T: (*Resumindo.*) Então, você visualizava caminhar para a biblioteca (do primário) com o aluno que você solicitou para dar aulas particulares e você está sentindo-se completamente perdida? E, então, a criança apronta e começa a fazer barulho e você sente como se o aluno estivesse fora de controle?

P: É.

T: Então, novamente, você teve uma imagem e deixou-a no pior momento?

P: É, eu acho que sim.

T: Nós podemos repassar essa imagem e desta vez ver se consegue imaginar o fato de lidar com cada problema à medida que ele surge.

P: Bem, primeiro a criança abre a porta da biblioteca fazendo o maior barulho. Eu acho que eu digo a ele “Shh. Há uma outra aula aqui dentro.”

T: E, então, o que acontece?

P: Ele começa a andar em direção aos livros.

T: E, então, você...

P: Eu acho que pego a mão dele e o levo até a mesa.

O diálogo continua desse modo até que o paciente tenha obtido êxito enfrentando a imagem. Caso necessário, o terapeuta o ajuda fazendo perguntas “conduutoras” (como nas p.237-239). Quando aplicável, o terapeuta pode orientar o paciente a imaginar-se usando ferramentas que ele aprendeu na terapia, como ler um cartão de enfrentamento, usar a respiração controlada e repetir auto-instruções em voz alta.

Alterando a Imagem Visualizada

Uma outra técnica envolve ensinar o paciente a identificar uma imagem e, então, reimaginá-la, mudando o seu fim. Fazer isso usualmente alivia seu estresse. O primeiro exemplo é uma mudança realista, enquanto o segundo, uma mudança mais “mágica”.

T: Sally, na semana passada, nós conversamos sobre algumas coisas que você pôde fazer quando percebeu uma imagem perturbadora. Você se lembra? ... Você por acaso tentou usar alguma técnica de visualização esta semana?... Deixe-me contar-lhe sobre uma outra técnica - *a de alterar, de alguma maneira, a imagem visualizada*. Você poderia lembrar-se de uma imagem aflitiva ocorrida, esta semana?

P: *(Faz uma pausa.)* Sim... Esta manhã. Eu estava pensando sobre as minhas férias. Eu não poderei ir para casa. Eu terei que ficar por aqui.

T: O que está acontecendo na sua imagem?

P: Eu estava imaginando-me apenas sentada na minha mesa, sozinha no meu quarto, fraca, sentindo-me realmente mal.

T: Alguma outra coisa lhe vem a cabeça?

P: Não, apenas que está tudo realmente silencioso no ambiente. O dormitório está quieto.

T: E a imagem a faz se sentir...

P: Triste. Realmente triste...

T: Sally, você não precisa ficar vulnerável a essa imagem. Você pode mudá-la, se você quiser. É como se você fosse uma diretora de cinema, pode decidir como e quanto você gostaria que ela fosse diferente. Você pode, se quiser,

mudá-la de uma forma mágica... algo que não poderia realmente acontecer. Ou você pode mudá-la para uma cena mais realista. Eu acho que se você tentar, você se sentirá menos angustiada.

P: Eu não tenho certeza se saberia fazer isso...

T: Está bem, eu lhe ajudarei. Você está sentada na sua mesa. O que você *deseja* que aconteça agora?

P: Que minha melhor amiga telefone para mim... ou, então, que haja mais pessoas no dormitório e, então, alguém bate na minha porta para jantarmos juntos.

T: Ou talvez algum outro cenário, se você preferir?

P: Talvez, sei que haverá um evento no campus, um jogo de *softball*. Eu vou assistir ou até mesmo jogar.

T: Esses *são* finais muito melhores. Como você pensa que se sentiria se você imaginasse essas coisas acontecendo?

P: Melhor. Mas como eu sei que elas se tornarão verdade?

T: Bem, antes de tudo, nenhum de nós realmente sabe o que acontecerá se sentar na sua mesa e chorar, se se tornará verdade ou não. O que nós *de fato* sabemos é que *imaginar* isso a faz sentir-se realmente triste agora. Em segundo, talvez nós pudéssemos conversar agora sobre como tornar possível que realmente *haja* um final melhor. O que você poderia fazer para que sua amiga pudesse ligar, um colega de classe pudesse bater na sua porta ou você pudesse ir a um evento no campus?

Mudar a imagem, nesses casos, conduz a uma discussão positiva envolvendo a resolução de problemas.

Algumas imagens se adaptam a uma mudança de natureza mais “mágica”. Alterar a imagem, desse modo, usualmente também conduz a uma redução de angústia e permite ao paciente comportar-se de uma forma mais produtiva. A seguir, temos um exemplo:

T: (*Resumindo, usando as próprias palavras do paciente.*) Então você tem uma imagem do seu professor de pé, muito alto, observando-lhe de cima, carrancudo, falando asperamente, batendo o pé impaciente e sendo autoritário, e a imagem a faz sentir-se muito ansiosa.

P: Sim.

T: Você gostaria de mudar essa imagem? Imaginá-lo de um modo diferente?

P: Como?

T: Eu não sei... Ele, de alguma forma, lembra-me uma criança de três anos tendo um acesso de raiva. Você pode imaginar que ele encolhe em tamanho, mas ainda está carrancudo, ainda batendo os pés?

P: (*Sorri.*) Sim.

T: Descreva-o para mim, em detalhes. (A paciente o descreve.) E como você se sente agora? Angustiada da mesma maneira que antes?

P: Menos.

T: Essa cena lhe baixou a ansiedade o suficiente para deixá-la marcar um encontro com ele?

P: Sim, eu acho que sim.

T: Ok, vamos revisar o que nós acabamos de fazer. Nós começamos com uma imagem que você tinha do seu professor. Pareceu como se essa imagem fosse tão aflitiva que a impediu de fazer o que você precisava fazer - marcar um horário com ele. Então, você assumiu o controle da imagem, mudando-a e, com isso, sua ansiedade reduziu o suficiente para você ir encontrá-lo. Nós chamamos essa técnica de “alteração da imagem.”

Testando a Realidade da Imagem

Aqui o terapeuta ensina o paciente a tratar a imagem como um pensamento automático verbal, utilizando o questionamento socrático padrão.

T: Então, você tinha uma imagem de mim franzindo a testa e parecendo desaprovador quando você me contou que não havia feito uma parte da sua tarefa de casa?

P: *(Acena que sim com a cabeça.)*

T: Quais são as evidências de que eu iria ficar com uma expressão desaprovadora?... Você tem alguma evidência contrária? (O terapeuta mostra ao paciente como usar as perguntas da parte inferior do Registro de Pensamento Disfuncional para avaliar a sua imagem espontânea.)

Em uma outra situação, o terapeuta ensina o paciente a comparar uma imagem espontânea com o que está realmente acontecendo.

P: Eu estava na biblioteca na noite passada bem tarde e tive uma imagem do edifício estar realmente sem ninguém, então eu me vi de súbito sentindo-me realmente enjoada e desmaiando, sem ninguém lá para me ajudar.

T: Era verdade que a biblioteca estava completamente vazia?

P: Não. Estava ficando tarde, perto da hora de fechar, mas ainda havia algumas pessoas por lá.

T: Ok. Com esse tipo de imagem, quando você está espontaneamente imaginando alguma coisa acontecendo exatamente no momento, você poderia fazer uma “checagem de realidade”. Você poderia perguntar a si mesma: “A biblioteca está mesmo vazia? Eu estou realmente sentindo-me enjoada agora?” Se você soubesse fazer isso na noite passada, o que você acha que teria realmente acontecido com o seu humor?

P: Eu estaria menos nervosa.

Em geral, é preferível, ao lidar com as imagens, usar técnicas em forma de visualizações em vez de usar as técnicas verbais sugeridas nesta sessão, porque as

imagens tendem a responder muito mais às intervenções. No entanto, um paciente que tem muitas imagens nítidas desadaptativas se beneficiará muito mais de uma variedade de técnicas e, às vezes, até usar a técnica verbal no intuito de fazer uma checagem de realidade.

Repetindo a Imagem

A técnica da repetição é útil com frequência quando o paciente claramente está imaginando um resultado exagerado, embora não-catastrófico. O terapeuta sugere que o paciente continue imaginando a imagem original de novo, prestando atenção se a imagem e seu nível de aflição mudam. Alguns pacientes parecem fazer uma checagem de realidade automática e visualizar cada imagem sucessiva mais realisticamente e com menos disforia.

T: Ok, Sally, então você teve a imagem de pedir ao seu professor uma prorrogação do prazo e ele aparentemente ficou bastante aborrecido, gritando com você, curvando-se sobre você, gesticulando exageradamente e dizendo “Como você é incapaz! Você sabia qual era o prazo de entrega! Eu não posso acreditar que você esteja pedindo isso! Saia daqui! Saia daqui!”

P: Sim.

T: Eu fico pensando, você poderia imaginar isso de novo? Comece do mesmo modo. Veja o que acontece.

P: (*Fecha os olhos.*)

T: Terminou? O que aconteceu?

P: Ele estava bastante aborrecido. Ele ainda gritou comigo, disse-me para sair.

T: Dessa vez, ele gesticulou irritadamente, aproximou-se bem perto de você?

P: Não. Ele ficou de pé, rígido e com os braços sobre a escrivaninha.

T: Ok. Faça a mesma coisa de novo.

O terapeuta faz Sally repetir a cena três ou quatro vezes. Na última repetição, sua imagem mudou consideravelmente: O professor está inclinado para trás em sua cadeira, dá a Sally um olhar aborrecido e diz não, agora de uma forma indelicada, mas somente ameaçadora. A ansiedade de Sally diminui significativamente.

Substituindo, Interrompendo e Distraindo-se das Imagens

Essas três técnicas foram extensivamente descritas alhures. Elas são projetadas para trazer alívio rápido de imagens, mas em geral resultam em pouca ou nenhuma reestruturação.

A *interrupção de imagens* é análoga à interrupção de pensamentos (Davis, Eshelman & McKay, 1988) e pode ser usada sozinha ou seguida por substituição de imagens ou por distração. Aqui o paciente reconhece uma imagem aflitiva e, então, tenta interrompê-la. Ele pode, por exemplo, imaginar um sinal de pare e talvez gritar “Pare!” dentro de sua cabeça sempre que a imagem aparece. Ele pode também tentar

estalar uma fita ao redor do seu pulso, bater palmas alto ou engajar-se em algum outro comportamento incompatível com o continuar a manter a imagem aflitiva em mente. Técnicas de distração e refocalização (descritas no Capítulo 12 em relação aos pensamentos automáticos) podem ser igualmente usadas.

T: (*Resumindo.*) Sally, às vezes, quando você percebe uma imagem aflitiva, é muito inconveniente ou muito difícil trabalhar com ela naquele momento. É nesse instante que você poderia tentar imaginar interromper a imagem ou usar a técnica de distração. Nós poderíamos praticar isso agora? Você poderia trazer a sua cabeça de novo aquela imagem aflitiva sobre a qual você me contou antes? Que técnica você quer experimentar?

A *substituição* por uma imagem mais agradável também foi extensivamente descrito alhures (Beck & Emery, 1985). Isso também deve ser regularmente praticado para que o paciente experimente alívio de imagens espontâneas aflitivas.

T: Sally, um outro modo de lidar com esse tipo de imagens aflitivas é a substituição por uma imagem diferente. Algumas pessoas gostam de imaginar que a imagem aflitiva é uma imagem num aparelho de TV. Então, eles imaginam mudar o canal para uma cena diferente, como deitar em uma praia, caminhar por uma floresta ou lembrar de uma memória agradável do passado. Você gostaria de experimentar essa técnica? Nós, primeiro, faremos com que você visualize a cena agradável o mais detalhadamente possível, usando o máximo possível de sentidos, então eu a farei praticar mudar de uma imagem aflitiva para uma agradável. Agora, que cena agradável você gostaria de imaginar?

Combinar imagens agradáveis com exercícios de relaxamento é uma outra opção. Os pacientes freqüentemente experimentam alívio induzindo uma imagem agradável quando sua angústia inicial é de baixa a moderada, mas não alta.

■ REVISANDO TÉCNICAS PARA RESPONDER À CONSTRUÇÃO ESPONTÂNEA DE IMAGENS

Tendo ensinado ao paciente uma ou duas estratégias para lidar com as imagens espontâneas, o terapeuta maximiza a probabilidade de que ele as praticará.

T: Sally, vamos rapidamente revisar o que você aprendeu até agora sobre responder as suas imagens, talvez você pudesse escrever algumas coisas?

P: Certo.

T: Você não saberá realmente com antecipação que técnica irá ajudá-la, mas se você tiver uma lista escrita, tenderá mais a manter-se tentando até verifi-

car qual técnica *de fato* lhe ajuda. Nas próximas duas sessões, eu posso ensinar a você mais algumas técnicas se nos parecem úteis. Nós continuaremos praticando juntos aqui e você poderá praticar em casa até ficar realmente boas técnicas. Então, eu penso que você verá que se sente mais hábil em controlar as imagens e também notará como elas lhe afetam emocionalmente.

■ INDUZINDO A CONSTRUÇÃO DE IMAGENS COMO UMA FERRAMENTA TERAPÊUTICA

Às vezes, o terapeuta busca *induzir* uma imagem contrária para ajudar o paciente a responder a uma imagem espontânea. Para revelar obstáculos relacionados à tarefa de casa (ver Capítulo 14), o ensaio encoberto é um exemplo. Três outras técnicas imaginativas induzidas são descritas a seguir.

Ensaio de Técnicas de Enfrentamento

O terapeuta utiliza essa técnica em sessão para ajudar o paciente a mentalmente praticar estratégias de enfrentamento. Essa técnica difere de “enfrentar o conflito na imagem” porque aqui o terapeuta *induz* uma imagem para praticar técnicas de terapia cognitiva em vez de fazer o paciente imaginar como ele enfrentaria mais amplamente uma imagem espontânea.

T: Ok, você está prevendo que terá dificuldades para fazer a avaliação oral em aula.

P: É.

T: E se nós fizéssemos você se imaginar enfrentando isso? Quando você perceberia, pela primeira vez, a sua ansiedade aumentando?

P: Quando eu acordasse.

T: E o que estaria passando pela sua cabeça?

P: Que eu vou atrapalhar-me e que eu me perceberei gaguejando e sendo incapaz de falar.

T: Você quer dizer, em aula?

P: É.

T: Ok, o que você poderia fazer?

P: Dizer a mim mesma para relaxar. Relembrar-me que eu estudei muito essa matéria.

T: Ok, e depois?

P: Eu poderia fazer alguma respiração controlada. Isso me relaxa um pouco.

T: Ok, você pode visualizar-se fazendo isso?

P: Posso.

T: E depois?

- P: Eu me sinto um pouquinho melhor, mas eu ainda estou nervosa demais para tomar café. Eu apenas tomo banho, me visto e me preparo para ir.
- T: O que está passando pela sua cabeça?
- P: E se eu continuar ficando cada vez mais nervosa? T: E que tal imaginar-se lendo aquele cartão de enfrentamento que nós fizemos anteriormente a caminho da aula? Você pode imaginar-se tirando-o e lendo-o?
- P: Sim... Eu acho que ele ajuda um pouco.
- T: À medida que você se aproxima da aula, que tal se você imaginasse avançar adiante no tempo. Você terminou a apresentação e agora você está lá sentada escutando alguém mais... Como você se sente agora?
- P: Um pouco aliviada. Ainda preocupada, mas não tanto.
- T: Ok, agora você está entrando na aula. O que acontece a seguir e o que você faz?

A paciente continua realisticamente imaginando-se enfrentando a situação em detalhes. Então, ela escreve as técnicas específicas que prevê que irão ajudar.

O Distanciamento

O distanciamento é uma outra técnica de visualização induzida para reduzir estresse e ajudar os pacientes a verem um problema em perspectiva mais ampla. No exemplo a seguir, o terapeuta ajuda a paciente a ver que suas dificuldades tendem a ter um tempo limitado e, por meio disso, dar-lhe esperança.

- T: Sally, eu sei que você está um pouco sem esperanças agora e que está achando que esses problemas seguirão interminavelmente. Você pensa que lhe ajudaria se você pudesse visualizar-se ultrapassando esse período difícil?
- P: Eu acho que sim..., mas é difícil imaginar.
- T: Bem, vejamos. Que tal se você tentasse imaginar-se no próximo semestre? (*Solicitando à paciente para imaginar...*) É o seu segundo ano, digamos, próximo a setembro; você ainda estará na faculdade?
- P: Provavelmente.
- T: Alguma idéia de como a vida estará?
- P: Eu não sei. É difícil pensar assim tão à frente.
- T: Bem, sejam concretos. Onde e quando você está imaginando-se?
- P: (*Imaginando...*) Provavelmente eu estou levantando por volta das 8h ou 8h30min. Eu acho que estou em um apartamento fora do campus.
- T: Vivendo sozinha?
- P: Talvez em uma casa com outros estudantes, algumas pessoas do meu andar deste ano. Nós estivemos falando sobre isso.
- T: Ok, você levanta. O que acontece a seguir?
- P: Eu provavelmente corro para a aula. Levará mais tempo para chegar lá se eu não estiver em um alojamento.

T: Você vê algum dos seus colegas com você? Você vai para a aula sozinha ou com algum deles?

P: Eu não sei.

T: Bem, é a sua imagem. Você decide.

P: Ok, eu acho que eu caminharia com alguns deles.

T: Sobre o que vocês conversariam no caminho - ou vocês estariam em silêncio?

P: Oh, não, nós estaríamos falando sobre a escola ou sobre pessoas que nós conhecemos. Algo assim.

T: E depois?

P: Irei para a aula.

T: É uma grande sala de conferências do tipo onde são realizadas a maioria das suas aulas este ano?

P: Não, provavelmente não, as classes deverão ser menores no ano que vem.

T: E o que você deseja imaginar que aconteceria em aula? Você interagiria com os outros ou ficaria quieta?

P: Bem, eu esperaria até que tivesse conhecido mais pessoas. Eu me sentiria mais confortável. Eu provavelmente ainda estaria quieta, mas eu poderia estar participando mais.

T: Como você se sente quando imagina essa cena?

P: Bem.

T: Como você se sentiria sobre terminar essa cena como uma tarefa de casa? Então, cada vez que você tiver o pensamento “Eu jamais sairei disso”, você poderia tentar mudar para essa cena para ver se ela exerce algum efeito sobre o seu humor.

P: Eu tentarei.

T: Agora, é apenas o poder do pensamento positivo, imaginar essa cena? Ou você poderia realmente fazer algumas das coisas acontecerem? De fato, você já não está fazendo coisas para fazer isso acontecer?

P: É verdade.

Uma outra técnica de distanciamento ajuda o paciente a lidar com as consequências imaginadas de uma catástrofe. Marie, descrita anteriormente, teme que suas filhas ficassem abandonadas para sempre se ela morresse. Seu terapeuta a faz imaginar seu nível mais realista de aflição em diferentes momentos, em vez de apenas fazê-lo imediatamente após o acidente. (Essa técnica é semelhante a de avançar à frente no tempo; no entanto, ela envolve a passagem de *anos* em vez de minutos, horas ou dias.)

T: Marie, quem você imagina que dá a notícia da sua morte para as crianças?

P: O meu marido.

T: Como ele faz isso?

P: (*Soluçando.*) Ele coloca os braços ao redor delas. Ele diz: “Aconteceu um acidente. Mamãe foi embora.”

T: E, então?

P: Elas não acreditam nisso, não realmente, em princípio. Elas começam a chorar e a dizer: “Não, isso não é verdade. Eu quero a mamãe.”

T: Elas estão bastante mal?

P: Sim. Realmente mal.

T: ... (*Espera um momento.*) Você pode avançar à frente no tempo um pouco? Agora são seis meses depois. O que está acontecendo agora? Você pode vê-las então?

P: Elas estão na escola. Parecendo bastante tristes. Desorientadas. Como se estivessem vazias.

T: Quão mal elas estão?

P: Ainda bastante mal.

T: Nós podemos avançar à frente dois anos? Como elas estão agora?

P: Melissa está com oito. Linda tem seis.

T: O que elas estão fazendo?

P: Brincando na rua. É a nossa casa. Eu não acho que o meu marido iria mudar-se.

T: O que elas estão fazendo?

P: Brincando com os vizinhos. Pulando corda ou jogando bola.

T: Como elas estão, agora?

P: Bem, quando elas não pensam sobre mim.

T: E quando elas pensam?

P: (*Lacrimeja.*) Elas ainda choram às vezes. É confuso.

T: Tão mal como quando elas souberam pela primeira vez?

P: Não, não tão mal.

O terapeuta gentilmente conduz Marie por uma sucessão de imagens, 5, 10 e 20 anos após sua morte imaginada. Através desse exercício, Marie é capaz de ver que o desamparo inicial que suas filhas passam por fim cede para períodos mais breves de tristeza e pesar os quais elas são capazes agora de enfrentar melhor. Imaginar em detalhes que suas filhas crescem e criam famílias próprias reduz significativamente o medo de Marie de sua própria morte em um acidente automobilístico.

A Redução de uma Ameaça Percebida

Um terceiro tipo de imagem induzida é a projetada para permitir que o paciente veja uma situação com uma avaliação mais realista da ameaça real. Por exemplo, o terapeuta encoraja Sally a modificar a imagem de sua apresentação em aula imaginando as expressões encorajadoras nos rostos dos seus amigos na sala. Pam, uma paciente que temia submeter-se a uma operação cesariana, visualizou todos os

equipamentos cirúrgicos na sala de parto e os rostos empáticos da enfermeira e do médico por trás de suas máscaras.

Em suma, muitos, quando não a maioria dos pacientes, experimentam pensamentos automáticos na forma de imagens espontâneas. O questionamento persistente (embora não-intrusivo) é freqüentemente necessário para ajudar os pacientes a reconhecer suas imagens. Os pacientes que de fato têm imagens aflitivas freqüentes se beneficiam da prática regular de várias técnicas de visualização. Além disso, as imagens podem ser induzidas para vários propósitos terapêuticos.

14

TAREFAS DE CASA

A tarefa de casa é uma parte integral, não-opcional, da terapia cognitiva (Beck et al., 1979). Em essência, o terapeuta busca estender as oportunidades para mudança cognitiva e comportamental *ao longo da semana do paciente*. As boas tarefas de casa proporcionam oportunidades para o paciente adicionalmente educar-se (por exemplo, através de biblioterapia), colher dados (por exemplo, monitorando seus pensamentos, sentimentos e comportamentos), testar os seus pensamentos e as suas crenças para modificar seu pensamento, praticar as ferramentas cognitivas e comportamentais e experimentar comportamentos novos. A tarefa de casa pode maximizar o que foi aprendido em uma sessão de terapia e conduzir a um aumento no sentimento de auto-eficácia do paciente.

Alguns pesquisadores verificaram que os pacientes em terapia cognitiva que fazem as tarefas de casa progridem melhor na terapia do que os que não fazem (Neimeyer & Feixas, 1990; Persons et al., 1988). Muitos pacientes fazem as tarefas de casa com facilidade e boa vontade; outros poucos não. É importante observar que mesmo os terapeutas mais experientes encontram dificuldades com pacientes ocasionais, os quais, apesar de uma preparação cuidadosa, raramente fazem as tarefas *escritas*. Não obstante, o terapeuta deveria inicialmente supor que qualquer paciente *fará* a tarefa de casa se ela for estabelecida apropriadamente. O terapeuta trata, por exemplo, de propor as tarefas sob medida para o indivíduo, de oferecer um raciocínio lógico, de descobrir obstáculos potenciais e de modificar crenças relevantes para aumentar a probabilidade de que os pacientes concordarão. Este capítulo está dividido em quatro partes: estabelecer tarefas de casa, aumentar probabilidade de sucesso na conclusão da tarefa de casa, conceituar os problemas e revisar as tarefas concluídas.

■ ESTABELECENDO AS TAREFAS DE CASA

Não há nenhuma fórmula estabelecida para designar as tarefas de casa. Na verdade, a tarefa de casa é planejada sob medida para o paciente em questão, estabelecida de forma colaborativa e projetada de acordo com o conteúdo e as metas da sessão, as metas terapêuticas globais do paciente e do terapeuta e a conceituação do terapeuta sobre o paciente e sobre o estágio do paciente na terapia. Ao sugerir as tarefas de casa, o terapeuta deve, é claro, levar em consideração as características de cada

um: suas habilidades de leitura e escrita, sua motivação e disposição para concordar com a tarefa de casa, seu nível de angústia e de funcionamento cognitivo e as possíveis restrições práticas (por exemplo, de tempo), para citar algumas.

Em geral, o terapeuta assume a liderança em sugerir tarefas de casa no primeiro estágio da terapia. No entanto, gradualmente, como ocorre com o estabelecimento do roteiro, o terapeuta começa a pedir ao paciente que projete as suas próprias tarefas (por exemplo, “Agora que nós terminamos de falar sobre esse problema com a sua colega de quarto, o que você acha que seria útil para você fazer esta semana?”). Os pacientes que rotineiramente estabelecem sua própria tarefa de casa por volta do final da terapia tendem mais a continuar a fazer isso quando a terapia termina.

Nessa primeira seção, as tarefas típicas são apresentadas, as tarefas de casa contínuas são descritas, outras tarefas, apropriadas para fases iniciais, intermediárias e finais da terapia, são delineadas. Então, uma amostra das tarefas de casa de Sally é fornecida. A parte final dessa seção oferece diretrizes para a seleção de tarefas.

Tarefas de Casa Contínuas

As tarefas de casa contínuas típicas são discutidas a seguir.

1. *Atividade comportamental* é especialmente importante para pacientes inativos, mas pode também ser bastante útil para muitos pacientes cuja meta é retomar as atividades anteriores ou enriquecer suas vidas experimentando novas atividades. O roteiro de atividades pode ser alcançado de um modo mais formal, apresentado no Capítulo 12, ou de uma forma mais casual (por exemplo, “Há alguma atividade da sua lista de metas que você gostaria de experimentar ou descobrir mais informações esta semana?”).

Um segundo tipo de atividade comportamental resulta logicamente do conteúdo da sessão, consistindo em praticar habilidades novas e/ou implementar soluções que emanam da resolução prática de problemas. Sally, por exemplo, teve alguns problemas com sua colega de quarto. Após a discussão e a dramatização na sessão, Sally concordou em experimentar negociar tópicos, como o barulho e a desordem com sua colega de quarto. A resolução direta de problemas com uma finalização comportamental bem-sucedida freqüentemente fornece um importante incentivo para o humor.

2. *Monitorar pensamentos automáticos* é uma importante tarefa da primeira sessão em diante. Conforme descrito no Capítulo 3, a paciente pergunta a si mesma “O que está passando pela minha cabeça agora?” sempre que percebe seu humor mudando. Inicialmente ela pode anotar esses pensamentos em um caderno ou em uma ficha. Tão logo seja apropriado, o terapeuta a ensina a escrever os pensamentos automáticos em um Registro de Pensamentos Automáticos.

O terapeuta alerta o paciente que monitorar os pensamentos automáticos pode na verdade levar a um *aumento* da angústia, a menos que o paciente também tente responder adaptativamente as suas cognições. Por essa razão, terapeuta e paciente

poderiam criar alguns cartões de enfrentamento (ver Capítulo 12) a serem lidos em casa e que abordem os pensamentos angustiantes previstos.

3. *Biblioterapia* é uma outra tarefa contínua útil. É usualmente valioso fazer o paciente tanto ler como anotar suas reações: com o que ele concordou, discordou e o que questionou. (Ver Apêndice C para uma lista de sugestões de leitura para o paciente.)
4. *Revisar a sessão de terapia anterior* ajuda a consolidar o aprendizado. Tal revisão poderia consistir em ler notas escritas durante a própria sessão (ou imediatamente após) e/ou escutar uma fita de áudio da sessão de terapia. Enquanto escuta a fita, o paciente poderia anotar os pontos principais da sessão, ou as conclusões dela extraídas, ou poderia registrar os pensamentos automáticos, as crenças disfuncionais e respostas adaptativas identificadas na sessão. Uma alternativa à gravação e audição de toda a sessão é gravar apenas um resumo feito durante os últimos minutos do atendimento. Como o terapeuta pode desejar ter a sua própria fita de áudio para revisar entre as sessões (ver Capítulo 18), ele pode pedir ao paciente para fornecer suas próprias fitas e equipamento de gravação.
5. *Preparar-se para a sessão seguinte de terapia* é natural para muitos pacientes e não requer uma tarefa contínua específica. Esses pacientes automaticamente colhem seus pensamentos em antecipação ao estilo de questionamento padrão que o terapeuta faz no início de cada sessão. Alguns pacientes, no entanto, evitam pensar sobre a terapia entre as sessões ou têm dificuldade em condensar em tópicos os itens importantes sobre os quais eles desejam conversar; dessa forma é útil solicitar aos pacientes que memorizem itens ou façam anotações antes de cada sessão. O relatório de Ligação de Sessão (Capítulo 4, Figura 4.1) pode ser um guia útil.

Tarefas Adicionais

As tarefas descritas podem ser úteis para cada sessão. Além disso, o terapeuta deveria avaliar a utilidade de outras tarefas que podem ser apropriadas para um número limitado de sessões. Durante a sessão inicial, por exemplo, é freqüentemente útil fazer o paciente aperfeiçoar a sua lista de metas (ver Capítulo 3) e começar com um diário de autodeclaração positiva (ver Capítulo 12). Durante as sessões seguintes, a tarefa de casa pode enfatizar a avaliação e a resposta aos pensamentos automáticos.

Quando as suposições e as crenças subjacentes são identificadas, o paciente pode considerar útil revisar um Diagrama de Conceituação Cognitiva, já anteriormente preenchido (Capítulo 10). Tendo começado a reestruturar as crenças disfuncionais na sessão, o paciente pode continuar a trabalhar em casa sobre as Minutas de Crenças Centrais (Capítulo 11). Quer antes quer após a modificação de sua crença, o paciente pode experimentar com a contínua mudança comportamental no praticar habilidades adquiridas (como assertividade), no agir “como se” (ver Capítulo 10) e no testar pensamentos e crenças através de experiências comportamentais (ver Capítulos 10 e 12).

Finalmente, as tarefas de casa na fase final da terapia podem ser orientadas em direção à conclusão e à prevenção de recaída (ver Capítulo 15): organizar notas de

terapia, responder a pensamentos automáticos sobre terminação e desenvolver planos para dificuldades futuras previstas.

Embora as tarefas descritas, a seguir, sejam apropriadas para muitos pacientes, é importante perceber que um grande número de tarefas de casa é individualizado, projetado especialmente para um paciente específico.

Uma Amostragem de Tarefas de Casa para Sally

Sessão 1

- Aprimorar a lista de metas.
- Quando meu humor mudar, perguntar a mim mesma “O que está passando pela minha cabeça agora?” e anotar os pensamentos (e as imagens). Lembrar a mim mesma de que esses pensamentos podem ou não ser verdadeiros.
- Lembrar a mim mesma de que eu estou *deprimida* no momento, não preguiçosa, e que é por isso que as coisas estão difíceis.
- Pensar sobre o que eu desejo colocar no roteiro na semana que vem (que problema ou situação) e como chamá-lo.
- Ler folheto (*Coping with Depression*; ver Apêndice D) e anotações de terapia.
- Ir nadar ou correr três vezes esta semana.

Sessão 2

- Quando eu percebo o meu humor mudando, eu pergunto a mim mesma “O que está passando pela minha cabeça agora?” e anoto os pensamentos automáticos (que podem ou não ser completamente verdadeiros). Tentar fazer isso pelo menos uma vez por dia.
- Se eu não consigo identificar meus pensamentos automáticos, anotar apenas a situação. Lembrar que aprender a identificar o meu pensamento é uma habilidade na qual eu melhorarei, como em digitação.
- Pedir ajuda ao Ron com o capítulo 5 do livro de economia.
- Ler as anotações de terapia uma vez por dia.
- Continuar a nadar/correr. Planejar três atividades com a colega de quarto.

Sessão 3

- Ler as anotações de terapia uma vez por dia.
- Continuar as atividades de corrida/natação com Jane.
- Pedir a Lisa para estudar comigo a matéria da prova de química.
- Acrescentar à lista de créditos (diário de autodeclarações positivas).
- Preencher as primeiras quatro colunas do Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD) uma vez por dia quando meu humor piorar e usar perguntas na parte inferior para pensar sobre as respostas.

Sessão 4

- Escrever pensamentos automáticos no RPD.
- Revisar as anotações de terapia.
- Preencher o diagrama de atividades tanto quanto possível.
- Discutir/negociar com a colega de quarto sobre o barulho tarde da noite.
- Manter a lista de créditos (diário de autodeclarações positivas).

Sessão 5

- Preencher as primeiras quatro colunas do RPD quando observar mudanças de humor e usar mentalmente perguntas na parte inferior para desenvolver uma resposta alternativa.
- Ler as anotações de terapia.
- Revisar as atividades agendadas na sessão.
- Lista de créditos.
- Procurar o auxiliar de ensino para obter ajuda extra.

Sessão 6

- Preencher os RPDs quando angustiada.
- Ler as anotações de terapia (uma vez por dia).
- Lista de créditos.
- Ler cartão de enfrentamento quando estiver angustiada sobre o trabalho de literatura.
- Continuar agendando atividades.

Sessão 7

- RPA.
- Ler as anotações de terapia.
- Lista de créditos.
- Fazer uma ou duas perguntas após a aula.
- Ler os cartões de enfrentamento três vezes por dia e à medida do necessário.

Sessão 8

- RPA.
- Ler as anotações de terapia e os cartões de enfrentamento, conforme o necessário.
- Lista de créditos.
- Fazer uma ou duas perguntas em aula.
- Ler Diagrama de Conceituação de Caso.

Sessão 9

- RPD.

- Ler as anotações de terapia e os cartões de enfrentamento uma a três vezes por dia.
- Responder a uma ou duas perguntas ou fazer um comentário em aula (aula de economia e química).
- Fazer a parte inferior da Minuta de Crenças Centrais.
- Conversar sobre os problemas de barulho com a colega de quarto.
- Procurar o professor Smith em horário de atendimento.
- Vantagens-desvantagens de ficar em Filadélfia *versus* ir para casa nas férias.

Sessão 10 (Penúltima Sessão)

- RPD sobre o término.
- Organizar as anotações de terapia desde o início dos acontecimentos.
- Revisar as anotações sobre fazer uma sessão de autoterapia.

■ AUMENTANDO A POSSIBILIDADE DE UMA TAREFA DE CASA BEM-SUCEDIDA

Embora alguns pacientes facilmente façam as tarefas sugeridas, a tarefa de casa poderá ser mais problemática para outros. A implementação das diretrizes a seguir aumenta a inclinação de que o paciente será bem-sucedido com a tarefa de casa, experimentando assim uma elevação de seu humor:

- Preparar uma tarefa de casa adequada para o paciente (Esteja 90-100% seguro de que o indivíduo será capaz de fazer a tarefa.) Pode ocorrer a projeção de tarefas fáceis demais, difíceis demais.
- Oferecer um embasamento lógico sobre como e por que a tarefa poderia ser útil (ajudar o paciente).
- Estabelecer a tarefa de casa colaborativamente; ver o *input* e a concordância do paciente.
- Tornar a tarefa de casa uma proposta.
- Começar a tarefa (quando possível) na própria sessão.
- Ajudar o estabelecimento de sistemas de recordação para a realização da tarefa de casa.
- Antecipar possíveis problemas; fazer um ensaio encoberto quando indicado.
- Preparar para um possível resultado negativo (quando aplicável).

Criando uma Tarefa de Casa Adequada para o Paciente

Uma conclusão bem-sucedida de tarefas de casa pode acelerar a terapia e conduzir a um maior senso de domínio e melhora de humor. As tarefas de casa deveriam, portanto, ser cuidadosamente consideradas no sentido de maximizar a probabilidade

de sucesso. Em vez de sugerir tarefas de acordo com uma fórmula prescrita, o terapeuta deveria levar em consideração as características e desejos do paciente (mencionados na introdução a este capítulo).

Joan, por exemplo, era uma paciente que não compreendeu o modelo cognitivo na primeira sessão e, de fato, tornou-se um pouco irritada quando seu terapeuta (novato) continuou solicitando-lhe para identificar seus pensamentos automáticos. Ela comentou com o terapeuta: “Você não entende; eu não *sei* o que está passando pela minha cabeça no momento; tudo o que eu sei é que estou muito aborrecida.” Uma tarefa de casa com o objetivo de anotar seus pensamentos automáticos teria sido inapropriada para essa sessão. Uma segunda paciente, Bárbara, por outro lado, já lera um livro popular sobre terapia cognitiva e tivera uma compreensão excepcional dos seus pensamentos automáticos. Sua tarefa de casa inicial foi a de completar as primeiras quatro colunas do Registro de Pensamento Disfuncional sempre que ficasse perturbada.

Embora o tipo de tarefa seja importante, igualmente o é a *quantidade* de tarefa de casa. Sally era uma paciente motivada que estava “em sincronia” com as tarefas de casa quando ela era ainda uma estudante. Ela foi facilmente capaz de perceber mais em casa do que Joan, que estava mais severamente deprimida e estivera fora da escola por muitos anos.

Uma terceira etapa na criação de um adequado tema de casa para o paciente em questão envolve separar as tarefas em passos manejáveis. Os exemplos incluem ler um capítulo de um livro de terapia cognitiva para leigos ou um livro escolar, fazer as primeiras quatro colunas de um Registro de Pensamentos Disfuncionais, dispendar dez a quinze minutos pagando contas, lavar apenas dois cestos de roupa e dirigir até o supermercado mais próximo mas não entrar inicialmente.

É importante prever dificuldades potenciais antes de designar a tarefa de casa. Isso pode ser feito considerando o diagnóstico e os problemas presentes do paciente. O paciente severamente deprimido, por exemplo, provavelmente se beneficiará inicialmente mais de tarefas comportamentais (em oposição a cognitivas). O paciente evitativo, por outro lado, provavelmente irá assustar-se com as tarefas comportamentais percebidas como desafiadoras e capazes de evocar disforia. Um paciente que está sentindo-se ansioso e oprimido poderia sentir-se incapaz de fazer *qualquer* tarefa se o terapeuta sugere um número excessivo de tarefas. É muito melhor errar na elaboração de tarefas de casa que são um pouco fáceis. A falha em realizar uma tarefa ou em realizá-la de maneira correta freqüentemente conduz o paciente a sentir-se autocrítico em demasia ou sem esperanças.

Fornecendo um Embasamento Lógico

Os pacientes tendem mais a concordar com as tarefas de casa quando entendem a razão para fazê-las. O terapeuta de Sally, por exemplo, introduziu uma sugestão de tarefa de casa da seguinte forma: “Sally, você acha que seria útil para nós dois se nós soubéssemos um pouquinho melhor de como você está despendendo o seu tem-

po? Então, nós podemos ver se você está sobrecarregada com um tipo de atividade e talvez não despendendo tempo suficiente em outras coisas.”

De modo usual o terapeuta organiza um breve embasamento lógico inicialmente; posteriormente, na terapia, ele encoraja o paciente a pensar sobre o propósito de uma tarefa de casa, por exemplo: “Sally, qual seria o objetivo de checar com a sua colega de quarto sobre os planos dela para este fim de semana?” “Por que poderia ser uma boa idéia continuar preenchendo a lista de créditos?” Também é útil apontar para os pacientes que eles podem sentir-se melhor *mais rápido* quando se esforçam para fazer as tarefas de casa: “A pesquisa mostra que as pessoas que fazem tarefa de casa de terapia geralmente parecem fazer melhor progresso do que as que não fazem.” Também é importante enfatizar o embasamento lógico para fazer as tarefas de casa *diariamente*. Mudar o próprio pensamento e comportamento requer atenção e esforço continuados.

Estabelecendo Colaborativamente a Tarefa de Casa

O terapeuta assegura-se de que o paciente não apenas entende o embasamento lógico para uma tarefa, mas também *concorda* em fazê-la: “Sally, o que você acha de fazer ao seu professor uma pergunta depois da aula?” Pacientes com senso exagerado de anuência podem prontamente concordar em fazer a tarefa de casa na sessão, mas falhar em completá-la. Quando o terapeuta vê tal padrão se desenvolvendo, ele toma algumas medidas extras, como fazer os seguintes tipos de perguntas: “Quão provável você acha que será capaz de preencher o Registro de Pensamento Disfuncional umas duas vezes esta semana?” “Isso é algo que você realmente pensa que ajudará?” “Você preferiria fazer isso mentalmente, esta semana, e nós podemos preenchê-lo juntos na nossa próxima sessão?” “Como nós poderíamos ajustar isso para que você fosse mais propenso a fazê-lo?”

À medida que a terapia progride, o terapeuta encoraja o paciente a estabelecer suas próprias tarefas. “O que você gostaria de fazer, esta semana, em relação a (esse problema) ?” “O que você poderia fazer, esta semana, se você começar a se sentir desconfortavelmente ansiosa?” “Como você manejará (esse problema) se ele de fato surgir?”

Tornando a Tarefa de Casa uma Proposta sem Perda

Conforme mencionado no Capítulo 3, é útil, ao estabelecer tarefas, enfatizar de início que dados úteis podem ser obtidos mesmo quando o paciente de fato falha em fazer sua tarefa de casa. Desse modo, o paciente que não faz a tarefa de casa tende menos a estigmatizar-se como um fracasso e sentir-se mais disfórico.

TERAPEUTA: Sally, se você fizer toda essa tarefa de casa, isso será bom. Mas se você tiver problemas para fazê-la, também estará bom, especialmente se você puder descobrir que pensamentos a estão atrapalhando. Então, você fará as tarefas ou verá se pode monitorar mentalmente o que está passando pela sua cabeça que a impede de

fazê-la. Assim nós poderemos falar sobre esses pensamentos na semana que vem; eles serão informações importantes para nós. Ok?

Às vezes os pacientes falham em fazer uma parcela significativa da sua tarefa de casa por duas semanas seguidas ou eles a fazem imediatamente antes da sessão de terapia em vez de diariamente. Nesses casos, o terapeuta deveria descobrir os obstáculos psicológicos e/ou práticos e enfatizar quão essencial é a tarefa de casa, em vez de continuar a torná-la uma proposta sem perda.

Iniciando a Tarefa de Casa na Sessão

Especialmente no primeiro estágio da terapia, é aconselhável dispor de um tempo na sessão de terapia para o paciente começar uma tarefa de casa. Fazer isso é útil para o terapeuta porque ele pode medir se a tarefa está em um nível de dificuldade apropriado. Também é útil para o paciente que tende mais a continuar uma tarefa de casa do que iniciar uma. Em especial, isso é decisivo porque os pacientes freqüentemente descrevem a parte mais difícil de fazer tarefa de casa como o período *imediatamente antes* de começá-la, ou seja, motivar-se para iniciá-la.

Lembrando de Fazer a Tarefa de Casa

É decisivamente importante instruir os pacientes desde o início para escrever quais são suas tarefas na sessão. Várias outras estratégias são úteis para pacientes que, não obstante, esquecem de executá-las. Eles podem ser instruídos a vincular uma tarefa de casa com uma outra atividade diária (por exemplo, “Que tal pegar o seu programa de atividades nos horários das refeições e antes ir de dormir?”). Eles podem afixar anotações no seu refrigerador, no seu espelho do banheiro ou no painel do carro. Uma discussão sobre como eles lembraram de tomar medicação ou de dá-la para outros pode incitá-los a recordar técnicas anteriormente usadas. A resolução direta de problemas é freqüentemente indicada; por exemplo, imaginar juntos que o paciente poderia escutar a fitas de terapia no carro no caminho de ida e de volta do trabalho.

Antecipando os Problemas

É importante para o terapeuta colocar-se na pele do paciente, considerando o seguinte:

-
- A tarefa de casa é razoável para esse paciente?
 - O grau de dificuldade é apropriado?
 - Ela parece confusa?
 - Ela parece logicamente relacionada às metas do paciente?
 - Quão propenso o paciente está a fazê-la?
 - Que problemas práticos podem interferir (tempo, energia, oportunidade)?
 - Que pensamentos podem interferir?
-

O terapeuta pergunta ao paciente quão propenso (0-100%) ele está a fazer uma tarefa. Se o terapeuta não está 90 a 100% confiante de que o paciente é capaz de fazer e fará a tarefa, ele deveria considerar uma ou mais das seguintes estratégias:

1. *Ensaio encoberto*, ilustrado a seguir, utiliza uma construção induzida para apurar e resolver problemas potenciais relacionados à tarefa de casa.

TERAPEUTA: Sally, você acha que alguma coisa interferirá em que você procure o professor-auxiliar para pedir ajuda?

PACIENTE: Eu não tenho certeza.

T: Quando seria um bom momento para ir? (*Fazendo-a especificar e comprometer-se ao mesmo tempo.*)

P: Sexta de manhã, eu acho. Ele tem horário de atendimento nesse período.

T: Você pode imaginar que é sexta-feira de manhã agora? Você consegue visualizar isso? Você pode imaginar-se dizendo para si mesma “Eu realmente devo ir ao escritório do professor-assistente?”

P: Sim.

T: Onde você está? (*Pedindo detalhes para que o paciente mais facilmente seja capaz de visualizar a cena e possa identificar precisamente os seus pensamentos e as suas emoções.*)

P: No meu quarto.

T: Fazendo o quê?

P: Bem, apenas terminando de me vestir.

T: E como você está sentindo-se?

P: Um pouquinho nervosa, eu acho.

T: E o que está passando pela sua cabeça?

P: Eu não quero ir. Talvez eu apenas leia o capítulo de novo sozinha.

T: E como você responderá a esse pensamento?

P: Eu não sei. Ele parece bom para mim. (*Ri.*)

T: Você deseja lembrar-se de que isso seria uma boa experiência para testar a sua previsão de que você não seria capaz de entender o material mesmo se você obtivesse ajuda?

P: Eu suponho que sim.

T: Ajudaria ler um cartão de enfrentamento?

P: Provavelmente. (O terapeuta e o paciente compõem juntos um cartão de enfrentamento conforme descrito no Capítulo 12.)

T: Ok. Agora você pode imaginar que está vestida e está pensando “Eu apenas lerei o capítulo eu mesma em vez de ir.” Agora o que acontece?

P: Eu acho: “Espere um minuto. Isso deveria ser uma experiência. Agora, onde está aquele cartão de enfrentamento?”

T: Oh, onde está ele?

- P: Se é que eu me conheço, eu vou ter que procurar por ele.
 T: Há algum lugar onde você poderia colocá-lo assim que chegou da terapia hoje?
 P: Eu gostaria que a minha colega de quarto não o visse... Talvez no fundo da gaveta da minha mesa.
 T: Ok. Você pode imaginar-se pegando o cartão e lendo-o?
 P: Sim.
 T: Agora o que acontece?
 P: Provavelmente eu lembro por que *deveria ir*, mas eu ainda não quero ir. Então, eu decido limpar o meu quarto primeiro.
 T: Do que você poderia lembrar-se nesse ponto?
 P: Que eu poderia também ir e acabar com isso de uma vez. Que talvez isso realmente me ajudará. Que, se eu parar e fizer a limpeza, posso terminar não indo mesmo.
 T: Bom. Então, o que acontece?
 P: Eu vou.
 T: E depois?
 P: Eu chego lá. Eu faço a pergunta para ele. Eu não o entendo. Eu digo a ele que eu estou confusa. Ele provavelmente me ajudará.
 T: E como você se sente nesse momento?
 P: Bastante bem. Eu estou contente de ter ido.

Esse ensaio encoberto da tarefa de casa ajuda o paciente e o terapeuta a descobrir que obstáculos práticos e pensamentos disfuncionais poderiam embaraçar a realização da tarefa de casa.

2. *Sugerir uma tarefa diferente* pode ser correto se o terapeuta julga que uma tarefa de casa é inapropriada ou se o ensaio encoberto não foi suficientemente efetivo. É muito melhor substituir uma tarefa de casa mais fácil, que o paciente tende mais a fazer, do que fazê-lo estabelecer o hábito de não-realização a partir do que ele concordou na sessão.

T: Sally, eu não tenho certeza se você está pronta para fazer isso. (Ou “Eu não tenho certeza se essa tarefa é apropriada.”) O que você acha? Você deseja seguir adiante e tentar ou esperar até um outro momento?

3. *Uma dramatização (role-play) racional-emocional* pode ajudar a motivar um paciente relutante quando o terapeuta julga que é bastante importante para ele fazer uma determinada tarefa. (Conforme descrito no Capítulo 10, essa técnica não é usada inicialmente na terapia, pois pode ser percebida como um pouco desafiadora.)

- T: Eu ainda não estou certa de que você realmente pegará o cartão de enfrentamento para fazê-lo ir em frente.
- P: Provavelmente não.
- T: Ok, que tal se nós fizéssemos uma dramatização racional-emocional sobre isso? Nós fizemos isso antes. Eu serei a sua parte intelectual; você será a parte emocional. Você discute tão obstinadamente quanto puder contra mim para que eu possa ver todos os argumentos que você está usando para não ler os seus cartões de enfrentamento e começar a estudar. Você começa.
- P: Ok. Eu não sinto vontade de fazer isso.
- T: É verdade que eu não sinto vontade de fazer isso, mas isso é irrelevante. Não importa se eu sinto vontade ou não. Isso é o que eu *preciso* fazer.
- P: Mas, eu posso fazer isso mais tarde.
- T: É verdade, mas o meu padrão usual é *não* fazer mais tarde. Eu não desejo reforçar um mau hábito adiando isso. Aqui eu tenho a oportunidade de fortalecer um hábito novo, melhor.
- P: Mas não fará mal dessa vez.
- T: É verdade. Qualquer momento particular não é assim tão crucial. Por outro lado, será melhor para mim, a longo prazo, se eu fortalecer esse bom hábito tanto quanto eu puder.
- P: Eu não sei, eu apenas não quero ir.
- T: Eu não tenho que prestar atenção ao que eu *quero* fazer agora ou ao que eu *não quero* fazer agora. A longo prazo, eu *quero* fazer coisas que eu preciso fazer para alcançar as minhas metas e me sentir bem comigo mesma e eu *não quero* evitar constantemente coisas que eu não sinto vontade de fazer.
- P: ... Meus argumentos acabaram.
- T: Ok. Vamos trocar os papéis e, então, nós escreveremos alguma coisa disso (ou falaremos sobre escutar essa parte da fita).

Após a inversão de papéis, o terapeuta tem um outro ponto de escolha. Ele pode mudar colaborativamente a tarefa de casa original (por exemplo, “Como você se sente *agora* sobre tentar [esta tarefa]?”). Se eles de fato decidem manter a tarefa, podem conjuntamente escrever um cartão de enfrentamento com alguns pontos mencionados na encenação acima. No entanto, se o terapeuta acredita que é improvável o paciente fazer a tarefa, ele sugere uma mudança de tarefa de casa em vez de arriscar que o paciente se sinta um fracasso se ele não a fizer.

Preparando-se para um Possível Resultado Negativo

Ao projetar uma experiência comportamental ou testar uma suposição, é importante estabelecer um cenário que tenda a ser bem-sucedido. Por exemplo, Sally e seu terapeuta discutiram que o professor tendia mais a ser receptivo a perguntas após a aula, que palavras ela poderia usar ao negociar os barulhos em altas horas da noite com sua colega de quarto e quanta ajuda era razoável pedir a sua vizinha. Se o

terapeuta acredita que uma experiência comportamental poderia não acabar tão bem quanto o esperado, ele poderia ajudar o paciente a dar alguma resposta antecipada para prever pensamentos automáticos (ver Capítulo 12).

T: Agora eu suponho que *poderia* acontecer que o seu vizinho diga não poder ajudá-la. Se isso acontecer, o que passará pela sua cabeça?

P: Que eu não deveria ter pedido. Que ele provavelmente pensa que sou burra por perguntar.

T: Que outras razões ele poderia ter para dizer não? (*Buscar uma explicação alternativa.*)

P: Que ele estava muito ocupado.

T: Huh huh.

P: (*Pensa.*)

T: Que ele não entende o material bem o suficiente para explicá-lo para você? Ou que ele simplesmente não gosta de dar aulas particulares? Ou que ele está preocupado com alguma outra coisa?

P: Eu acho que sim.

T: Você tem alguma evidência até agora de que ele pensa que você é burra?

P: Não, mas nós de fato discordamos sobre política.

T: E você ficou com a idéia de que ele pensa que as suas posições são definitivamente limitadas ou que você simplesmente tem um ponto de vista diferente?

P: Que nós apenas temos divergências quanto à política.

T: Então, até onde você sabe, ele não a viu como burra?

P: Não, eu acho que não.

T: Então, mesmo se ele a rejeitasse, *necessariamente* não seria porque ele mudou a visão sobre você com base no seu pedido de ajuda?

P: Não, eu acho que não.

T: Ok, nós concordamos que você o abordará mais tarde e pedirá ajuda. Das duas uma, ele a ajudará e isso é bom ou ele dirá não e, então, do que você se lembrará?

P: Que isso não significa que ele pensa que eu sou burra. Ele pode apenas estar ocupado, ou ele mesmo está inseguro na matéria ou não gosta de dar aulas particulares.

A discussão antecipada de um problema potencial protege contra possíveis desmoralizações quando o paciente critica a si mesmo.

■ CONCEITUANDO DIFICULDADES

Se o paciente tem dificuldade em fazer sua tarefa de casa, o terapeuta usa esse problema como uma oportunidade para entender melhor o paciente. O terapeuta

considera se a falha em fazer a tarefa de casa estava relacionada a um problema prático, um problema psicológico, um problema psicológico mascarado como problema prático e/ou um problema relacionado às cognições do *terapeuta*.

Problemas Práticos

A maioria dos problemas práticos pode ser evitada quando o terapeuta estabelece cuidadosamente a tarefa e prepara o paciente para fazê-la. O ensaio encoberto (conforme descrito) pode também expor dificuldades potenciais. Quatro problemas práticos comuns e suas soluções são descritos a seguir.

Fazer a Tarefa de Terapia no Último Minuto

Idealmente, os pacientes continuam o trabalho da sessão de terapia *ao longo da semana*. Por exemplo, é mais útil para os pacientes captar e registrar seus pensamentos automáticos no momento em que eles percebem seu humor mudando e responder a esses pensamentos mentalmente ou por escrito. Contudo, alguns pacientes evitam pensar sobre a terapia entre as sessões. Frequentemente, essa evitação faz parte de um problema maior e o terapeuta e o paciente podem primeiro ter que identificar e modificar determinadas crenças (por exemplo, “Se eu focalizar um problema em vez de me distrair eu apenas me sentirei pior”; ou “Eu não consigo mudar, então por que tentar?”). Outros pacientes, no entanto, precisam apenas de um lembrete gentil para não fazer tarefa de casa apenas no último minuto: “Alguns pacientes fazem a sua tarefa de casa à noite antes da sessão. Quão útil você pensa que seria para você fazê-la à noite antes da sessão em oposição a durante toda a semana?”

Esquecendo o Embasamento Lógico para uma Tarefa

Ocasionalmente, um paciente negligencia uma tarefa porque não lembra de *por que* foi solicitado a fazê-la. Esse problema pode ser evitado quando o paciente (que demonstrou essa dificuldade) registrar o embasamento racional próximo da tarefa.

P: Eu não fiz os exercícios de relaxamento (ou li os cartões de enfrentamento, pratiquei respiração controlada ou registrei minhas atividades) porque eu estava sentindo-me bem esta semana.

T: Você lembra do que nós dissemos há uma semana - por que é útil praticar isso todas as semanas, independentemente de como você está sentindo-se?

P: Eu não tenho certeza.

T: Bem, digamos que você não pratica os seus exercícios de relaxamento por três semanas. Então, você tem uma semana muito estressante. Quão afiadas as suas habilidades estarão então?

P: Não tão afiadas quanto se eu tivesse praticado todas as semanas, eu acho.

T: Nós poderíamos fazer com que você escrevesse exercícios de relaxamento para tarefa de casa de novo esta semana? Você está tendo algum problema para praticá-los? E talvez você deseje acrescentar por que você decidiu praticá-los, mesmo quando você estiver bem.

Desorganização

Para pacientes que continuam a ter dificuldades em organizar-se ou lembrar de fazer tarefa de casa, é aconselhável estabelecer uma estrutura ou regime especial para fazer isso. Uma técnica é usar o diagrama de tarefa de casa, um diagrama simples que o terapeuta pode desenhar na sessão. O paciente é simplesmente instruído a fazer uma marca ao lado da tarefa, à medida que as conclui.

Uma outra técnica é pedir ao paciente para conseguir um calendário ou uma agenda. O terapeuta pode pedir a ele para escrever quais são as suas tarefas no espaço de cada dia. (Eles poderiam fazer o primeiro dia juntos no consultório e o paciente poderia ser solicitado a escrever o resto na sala de espera após a sessão.) Posteriormente, depois de completar a tarefa, o paciente pode riscá-la.

Uma terceira técnica é pedir ao paciente para contatar com o consultório do terapeuta e deixar uma mensagem quando completar uma tarefa. Saber que o terapeuta está esperando uma mensagem pode motivá-lo a fazer a tarefa de casa.

Essas técnicas, como com qualquer intervenção, deveriam ser sugeridas com um embasamento lógico e colaborativamente concordadas.

Dificuldade com uma Tarefa

Se o terapeuta percebe em uma sessão subsequente que uma tarefa de casa foi demasiado difícil ou maldefinida (alguns dos problemas comuns dos terapeutas novatos), ele deveria tomar cuidado para oferecer essa explicação para o paciente (que pode ter criticado injustamente *a si próprio* por não ter completado uma tarefa de modo correto).

	Qua	Qui	Sex	Sáb	Dom	Seg	Ter
1. Ler as anotações de terapia							
2. Lista de créditos							
3. Fazer um RPD							
4. Fazer uma pergunta em aula							

T: Sally, agora que nós falamos sobre o problema que você teve com a tarefa de casa, eu posso ver que eu não a expliquei bem o suficiente para você (ou, eu posso ver que ela não era realmente apropriada). O que passou pela sua cabeça quando você não conseguiu fazê-la (ou não a fez)?

Aqui o terapeuta tem uma oportunidade para (1) modelar aquilo que ele pode fazer e admitir ter cometido um erro, (2) criar um *rapport*, (3) demonstrar ao paciente que ele *está* preocupado em organizar a terapia - e as tarefas de casa - sob medida para o paciente e (4) ajudar o paciente a ver uma explicação alternativa para sua falta de sucesso.

Problemas Psicológicos

Visto que uma tarefa foi apropriadamente estabelecida e o paciente teve a oportunidade de fazê-la, a dificuldade em completá-la pode ter se originado de um dos fatores psicológicos descritos a seguir.

Previsões Negativas

Quando os pacientes estão em aflição psicológica e particularmente quando estão deprimidos, eles tendem a supor com maior intensidade os resultados negativos. Para identificar as cognições disfuncionais que interferiram em fazer uma tarefa de casa, o terapeuta deixa o paciente recordar um momento *específico* em que ele pensou sobre executar a tarefa e, então, explora as cognições e os sentimentos relacionados:

T: Houve um momento, esta semana, em que você *de fato* pensou ler o folheto sobre depressão?

P: Sim. Eu pensei sobre isso várias vezes.

T: Conte-me sobre uma dessas vezes. Você pensou a respeito disso na noite passada, por exemplo?

P: Pensei. Eu ia lê-lo depois do jantar.

T O que aconteceu?

P: Eu não sei. Eu simplesmente não consegui forçar-me a fazer isso.

T: Como você está sentindo-se?

P: Para baixo, triste, cansada.

T: O que estava passando pela sua cabeça quando você pensou ler o folheto?

P: Isso é difícil. Provavelmente eu não serei capaz de me concentrar. Eu não o entenderei.

T: Parece como se você estivesse sentindo-se bastante para baixo. Não importa que você estava tendo problemas para começar. Eu fico pensando, no entanto, como nós poderíamos testar esta idéia de que você não será capaz de concentrar-se e entendê-lo.

P: Eu acho que eu poderia tentar.

O paciente poderia, então, conduzir uma experiência direto na sessão. Após um resultado bem-sucedido, ele poderia escrever suas conclusões, por exemplo, “As vezes meus pensamentos são incorretos e eu posso fazer mais do que eu acho. Na próxima vez que eu me sentir sem esperanças, eu posso fazer uma experiência para testar as minhas idéias.” (Nota: Se a experiência fosse malsucedida, o terapeuta mudaria a tarefa para uma mais básica.)

Outras previsões negativas, como “Minha colega de quarto não vai querer ir naquela reunião comigo,” ou “Eu não vou entender o material mesmo se eu pedir ajuda,” ou “Fazer tarefa de casa me fará sentir-me pior”, podem ser comportamentalmente testadas de uma forma direta (embora o terapeuta possa novamente considerar preparar o paciente antecipadamente para a sua reação a um possível resultado nega-

tivo). Outros pensamentos, como “Eu não consigo fazer nada certo” ou “Eu poderia ir mal nessa matéria” poderiam ser avaliados com perguntas padrão (ver Capítulo 8) e respostas alternativas desenvolvidas.

Se o paciente revela ambivalência sobre fazer uma tarefa, é importante para o terapeuta reconhecer que ele não sabe qual será o resultado: “Eu não sei com certeza que fazer essa tarefa *ajudará*. O que você perderá se isso não funcionar? Qual é o ganho potencial a longo prazo se isso de fato funcionar?” Alternativamente, paciente e terapeuta poderiam anotar as vantagens e as desvantagens de fazer a tarefa de casa. Se o paciente tem dificuldade em identificar seus pensamentos sobre a tarefa de casa ou tem dificuldade em expressá-los honestamente para o terapeuta, ele poderia ser solicitado a preencher um formulário projetado para especificar problemas de tarefa de casa (ver Apêndice D).

Finalizando, um paciente pode beneficiar-se de trabalho no nível das crenças. A tarefa de casa pode ativar crenças como as seguintes:

“Eu sou inadequado/desamparado/incompetente.”

“Fazer tarefa de casa de terapia significa que eu sou problemático.”

“Eu não deveria ter que fazer tanto esforço para me sentir melhor.”

“Meu terapeuta está tentando controlar-me.”

“Se pensar sobre os meus problemas, eu me sentirei cada vez pior.”

Crenças como essas podem ser identificadas e modificadas através de técnicas descritas nos Capítulos 10 e 11.

Superestimando as Exigências de uma Tarefa

Alguns pacientes superestimam quão inconveniente ou difícil será fazer tarefa de casa ou não perceber que fazer uma tarefa de casa de terapia terá um tempo limitado.

T: O que poderia interferir em você caso fizesse um Registro de Pensamentos Disfuncionais algumas vezes esta semana?

P: Eu não tenho certeza de que eu encontrarei tempo.

T: Quanto tempo você acha que levará de cada vez?

P: Não muito. Talvez dez minutos. Mas eu estou bastante apressada nestes últimos dias, você sabe. Eu tenho um milhão de coisas para fazer.

Paciente e terapeuta então fazem uma resolução de problemas direta para encontrar brechas de tempo possíveis. Alternativamente, o terapeuta pode propor uma analogia, enfatizando que a inconveniência de fazer tarefas de casa tem tempo limitado:

T: Certamente é verdade; você *está* muito ocupada ultimamente. Eu fico pensando, o que você poderia fazer se você tivesse que encontrar tempo

todos os dias para fazer algo que salvaria a sua vida (ou a vida do seu filho/ outros significativos/familiares)? O que aconteceria, por exemplo, se você precisasse de uma transfusão de sangue todos os dias?

P: Bem, é claro, eu encontraria tempo.

T: Agora obviamente não há uma ameaça à vida se você deixar de fazer essa tarefa, mas o princípio é o mesmo. Em um minuto, nós podemos falar especificamente sobre como você poderia fazer cortes em uma outra área, mas primeiro é importante lembrar que isso não é para o resto da sua vida. Nós apenas precisamos que você reorganize algumas coisas durante um tempinho até que esteja sentindo-se melhor.

O paciente que superestima a *energia* que uma tarefa requer beneficia-se de perguntas semelhantes. No exemplo a seguir, o paciente tem uma imagem disfuncional (e distorcida) de preencher uma tarefa de casa.

T: O que poderia interferir nas suas idas ao *shopping center* todos os dias esta semana?

P: (*Suspira.*) Eu não sei se terei energia.

T: O que você está visualizando?

P: Bem, eu me vejo arrastando-me para uma loja após a outra.

T: Você sabe, nós falamos sobre você ir por apenas dez minutos cada dia. Em quantas lojas você poderia realmente entrar em dez minutos? Eu fico pensando se você poderia estar imaginando que essa tarefa será mais difícil do que nós havíamos planejado.

Em uma situação diferente, o paciente recordou corretamente a tarefa, mas novamente superestima a energia que ela requererá. O terapeuta primeiro ajuda a *especificar o problema* fazendo uma versão abreviada e modificada do ensaio encoberto.

P: Eu não tenho certeza de que terei energia para levar Max ao parque por quinze minutos.

T: O problema estará principalmente em sair de casa, ir até o parque ou no que você terá que fazer *no* parque?

P: Em sair de casa. Eu tenho que juntar tantas coisas - a bolsa de fraldas dele, o carrinho, uma mamadeira, um casaco, as botas. (O terapeuta e a paciente então fazem a resolução de problemas; uma solução é ela reunir todas as necessidades previstas no dia em que ela está se sentindo com mais energia e menos sobrecarregada.)

Em uma terceira situação, o terapeuta simplesmente estabelece a tarefa como uma experiência.

- P: Eu não estou certo de que terei energia para fazer as chamadas telefônicas.
T: Já que nós estamos com pouco tempo hoje, que tal se nós apenas estabelecêssemos essa tarefa como uma experiência: Vamos escrever a sua previsão e na próxima sessão você pode contar-me quão perfeita ela foi. Isso está ok?

Perfeccionismo

Muitos pacientes se beneficiam de um simples lembrete de que eles não precisam empenhar-se por perfeição quando fazem tarefas de casa:

- T: Sally, aprender a ser assertivo é uma habilidade, como aprender a usar um computador. Você ficará melhor com a prática. Então, se você tiver qualquer problema esta semana, não se preocupe. Nós descobriremos como fazer isso melhor na nossa próxima sessão.

Outros pacientes com uma forte suposição subjacente sobre a necessidade de ser perfeito podem beneficiar-se de tarefas que *incluem* erros:

- T: Parece como se a sua crença sobre perfeccionismo estivesse aparecendo na dificuldade em fazer a tarefa de casa da terapia.
P: É, está.
T: Que tal se, esta semana, nós fizéssemos com que você fizesse um Registro de Pensamentos Disfuncionais *deliberadamente* imperfeito? Você poderia fazê-lo com uma caligrafia ruim, não fazê-lo todo, não procurar a grafia correta ou estabelecer um limite de tempo de dez minutos ou algo assim.

Obstáculos Psicológicos Ocultados como Problemas Práticos

Alguns pacientes propõem que problemas práticos como falta de tempo, energia ou oportunidade podem impedi-los de realizar uma tarefa. Se o terapeuta acredita que um pensamento ou crença podem também estar interferindo, ele pode investigar essa possibilidade *antes* de discutir o problema prático.

- T: Ok, então você não está certo de que será capaz de fazer essa tarefa (devido a um problema prático). Vamos supor, por um momento, que esse problema desapareça magicamente. Quão propenso você está *agora* a fazer a tarefa de casa? Alguma coisa mais interferiria? Há quaisquer pensamentos que interfeririam?

Problemas Relacionados às Crenças do Terapeuta

Finalmente, o terapeuta deveria avaliar se quaisquer dos pensamentos ou crenças *dele* o impedem de assertiva e apropriadamente encorajar um paciente a fazer tarefa de casa. As suposições disfuncionais típicas do terapeuta incluem as seguintes:

"Eu magoarei o meu paciente se eu explorar por que ele não fez a tarefa de casa."

"Ele ficará com raiva se eu (simpaticamente) o confrontar."

"Ele se sentirá agredido se eu sugerir que ele tente usar um diagrama de tarefa de casa."

"Ele não precisa realmente fazer tarefa de casa para melhorar."

"Ele também está sobrecarregado agora com outras coisas."

"Ele é passivo-agressivo demais para fazer tarefas de casa."

"Ele é frágil demais para se expor a uma situação ansiosa."

O terapeuta deveria perguntar a si mesmo o que se passa na *sua cabeça* quando ele pensa sobre tarefas de casa ou explorar por que um paciente não fez tarefa de casa. Então, um Registro de Pensamentos Disfuncionais, um experimento comportamental ou uma supervisão com um professor ou um colega poderiam ser necessários. Ele deveria lembrar-se de que não está fazendo um favor ao paciente se ele lhe permite omitir a tarefa de casa e não faz esforços extensivos para obter a concordância.

■ REVISANDO A TAREFA DE CASA

É importante partir desde o início para que os pacientes entendam que a tarefa de casa é uma parte vital da terapia. O terapeuta, portanto, trata de sempre aplicar a tarefa de casa designada na sessão anterior. Mesmo se o paciente está em crise ou deseja discutir itens não-relacionados à tarefa de casa, é ainda útil despende alguns minutos para discutir a tarefa de casa ou para chegar a um acordo para discuti-la na sessão seguinte.

Às vezes a tarefa de casa estará intimamente conectada com itens do roteiro e/ou metas do terapeuta, e grande parte da sessão envolverá itens de tarefa de casa. Na maior parte do tempo, haverá alguma conexão, e uma revisão de tarefa de casa pode levar de cinco a quinze minutos. Uma revisão da tarefa de casa pode também levar à designação da tarefa para a semana seguinte: continuar uma tarefa, por exemplo, ou experimentar uma tarefa nova.

Em suma, tanto o terapeuta como o paciente deveriam revisar a tarefa de casa como uma parte essencial da terapia. A tarefa de casa, apropriadamente designada e realizada, acelera o progresso e permite que paciente pratique as técnicas da terapia de que ele precisará quando a terapia terminar.

15

TÉRMINO E PREVENÇÃO DE RECAÍDA

A meta da terapia cognitiva é facilitar a remissão do transtorno do paciente e ensiná-lo a ser seu próprio terapeuta, não para o terapeuta resolver todos os seus problemas. De fato, um terapeuta que se vê como responsável por ajudar o paciente com *cada* problema arrisca gerar ou reforçar uma dependência e priva o paciente da oportunidade de testar e fortalecer suas próprias habilidades. As sessões de terapia são usualmente marcadas uma vez por semana, inicialmente. Em uma situação ideal, em que o paciente tenha experimentado uma redução de sintomas e tenha aprendido as ferramentas básicas de terapia cognitiva, a terapia é gradualmente reduzida, em uma base experimental para uma vez a cada duas semanas e, então, para uma vez a cada três ou quatro semanas. Além disso, os pacientes são encorajados a marcar sessões de “encorajamento” aproximadamente a três, seis e doze meses após o término do processo. Este capítulo delinea medidas para preparar o paciente para o término e a possível recaída a partir do início da terapia até a sessão de encorajamento final.

■ ATIVIDADES DA PRIMEIRA SESSÃO

O terapeuta começa a preparar o paciente para o término e a recaída já na primeira sessão. É útil identificar as expectativas do paciente em relação ao progresso: como ele espera melhorar, quanto tempo ele pensa que isso levará, se ele acredita que deveria fazer progresso ininterruptamente a cada semana sem retrocessos. Os pacientes se beneficiam de uma representação visual da trajetória do progresso, com períodos de melhora que são tipicamente interrompidos (temporariamente) por patamares, oscilações ou retrocessos (ver Figura 15.1).

Se o terapeuta prepara o paciente para oscilações e retrocessos desde o início, é menos provável que ele reaja negativamente quando esses períodos ocorrerem.

O terapeuta também enfatiza que a vida após a terapia pode ser marcada por retrocessos ou dificuldades ocasionais, mas que o paciente estará melhor equipado para manejá-los por conta própria.

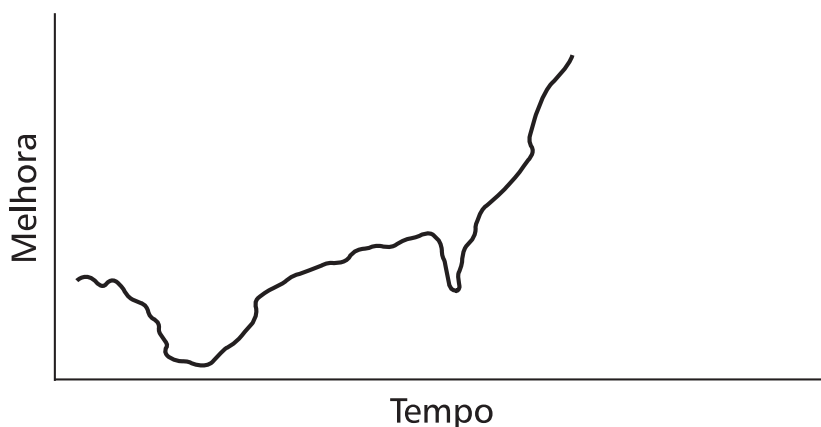


FIGURA 15.1. Progresso na terapia. Esse gráfico, se habilmente desenhado, pode ser feito para assemelhar-se à fronteira do sul dos Estados Unidos, com retrocessos representados por “Texas” e “Flórida”. Embora pareça humorística para alguns pacientes e terapeutas, essa ilustração pode ajudar pacientes a recordar que os retrocessos são normais.

TERAPEUTA: Muitos pacientes esperam melhorar um pouco a cada semana. Você também pensa assim?

PACIENTE: Na verdade, eu não sei.

T: Bem, eu gostaria de usar um minuto para mostrar-lhe como você poderá progredir de um modo que não a incomode tanto se você não melhorar a toda semana.

P: Ok.

T: Cada paciente é diferente, poucos realmente fazem o mesmo progresso a cada semana. A maioria dos pacientes tem altos e baixos. Eles fazem algum progresso, sentem-se um pouco melhores e, então, em algum ponto, eles atingem um patamar ou experimentam um retrocesso. Então, eles se sentem pouco a pouco melhor e pode haver um outro patamar ou retrocesso. É *normal* ter altos e baixos... Você entende por que é importante lembrar disso no futuro?

P: Eu acho que é para que eu não me preocupe muito sobre os períodos de baixa.

T: Exatamente. Você pode lembrar dessa discussão onde nós previmos alguns períodos de baixa. De fato, você poderia desejar consultar um gráfico, que eu desenharei para você (Figura 15.1). Essa é uma idéia aproximada do que poderia acontecer. Você vê que, à medida que o tempo passa, os retrocessos são cada vez menores e mais breves e geralmente menos intensos?

P: Huh huh.

T: Você entende que, se você estiver na parte inferior de um retrocesso, você ficará tentada a pensar que não estava melhorando em vez de ver o quadro todo?

P: É.

T: Esses altos e baixos podem continuar mesmo depois da terapia. É claro, até lá você terá as ferramentas de que precisa para se ajudar. Ou você pode desejar retornar para uma ou duas sessões. Nós discutiremos isso perto do final da terapia.

P: Ok.

T: Agora nós não sabemos com certeza exatamente como você irá na terapia. A coisa importante para lembrar é que é normal passar por períodos altos e baixos. E você estará aprendendo a ser o seu próprio terapeuta para que, quando a terapia terminar, você saiba como lidar com os seus momentos de baixa por conta própria.

■ ATIVIDADES AO LONGO DA TERAPIA

Atribuindo Progresso ao Paciente

O terapeuta está alerta a oportunidades, reforçando o progresso do paciente sempre que possível. Quando o humor de um paciente melhorou, o terapeuta tenta saber do próprio paciente o motivo pelo qual isso ocorreu e reforça a noção, também sempre que possível, de que o paciente promoveu mudanças em seu pensamento, humor e/ou comportamento através de seus próprios esforços.

T: Parece que a sua depressão está muito mais baixa esta semana. Por que você acha que isso aconteceu?

P: Eu não tenho certeza.

T: Você fez algo diferente esta semana? Você seguiu adiante e fez as atividades que nós agendamos? Ou você respondeu aos seus pensamentos negativos?

P: É. Na verdade, eu me exercitei todos os dias, e eu saí com amigos duas vezes. Umás duas vezes eu me peguei criticando a mim mesmo e fiz um Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD).

T: É possível que você esteja sentindo-se melhor esta semana porque você fez algumas das coisas que ajudaram?

P: É, eu acho que sim.

T: Então, o que você pode dizer sobre como você progrediu?

P: Eu acho que, quando faço coisas para me ajudar, *de fato* me sinto melhor.

Inicialmente, alguns pacientes acreditam que todo o crédito por sentir-se melhor por direito vai para o terapeuta. Uma atribuição alternativa - de que o *paciente* é responsável por mudanças positivas - pode fortalecer a crença do paciente em sua própria auto-eficácia (o que é importante para prevenir recaída após a terapia).

T: Por que você acha que está sentindo-se melhor esta semana?

P: Você realmente me ajudou na sessão passada.

T: Bem, eu posso ter ensinado a você *algumas* coisas, mas quem foi que realmente mudou o seu pensamento e o seu comportamento esta semana?

P: Fui eu.

T: Quanto você acredita, então, que é realmente *você* quem merece o crédito?

Alternativamente, o paciente pode atribuir toda a melhora a uma medicação ou a uma mudança de circunstância (por exemplo, “Eu estou me sentindo melhor porque o meu namorado me telefonou”). O terapeuta reconhece tais fatores, mas também pergunta sobre mudanças no pensamento ou comportamento do paciente que poderiam ter contribuído ou ajudado a manter sua melhora.

Se o paciente persiste em acreditar que não merece crédito, o terapeuta poderia decidir buscar a sua crença subjacente (“O que significa para você o fato de que eu estou tentando dar-lhe crédito?”).

Ensinando e Usando Ferramentas/Técnicas Aprendidas na Terapia

Ao ensinar técnicas e ferramentas a um paciente, o terapeuta enfatiza que estas são auxílios para toda a vida e que o paciente poderá usar em diversas situações agora e no futuro, ou seja, essas técnicas não são específicas para apenas um transtorno como a depressão, mas podem ser usadas sempre que o paciente percebe que está reagindo de uma forma exageradamente emocional ou disfuncional. Técnicas e ferramentas comuns que podem ser usadas durante e após a terapia incluem as seguintes:

-
1. Decompor os grandes problemas em componentes menores (ou manejáveis).
 2. Gerar respostas alternativas para problemas.
 3. Identificar, testar e responder aos pensamentos automáticos e às crenças.
 4. Usar Registros de Pensamentos Disfuncionais.
 5. Monitorar e agendar atividades.
 6. Fazer exercícios de relaxamento.
 7. Utilizar a distração e as técnicas de refocalização.
 8. Criar e organizar o próprio caminho através de hierarquias de tarefas difíceis.
 9. Escrever diários de autodeclaração positiva.
 10. Identificar vantagens e desvantagens (de pensamentos específicos, crenças, comportamentos ou escolhas ao tomar uma decisão).
-

O terapeuta ajuda diretamente o paciente a ver como ele pode usar essas ferramentas em outras situações durante e após a terapia:

T: Bem, parece que identificar seus pensamentos depressivos e, então, questioná-los e respondê-los realmente reduziu a sua tristeza.

P: Sim, reduziu. Eu fiquei surpresa.

T: Você sabia que poderia usar essas mesmas ferramentas sempre que sentir que está reagindo exageradamente - quando pensar que sente mais raiva, ansiedade, tristeza, embaraço do que a situação provoca?

P: Eu não tinha pensado realmente sobre isso.

T: Agora, eu não estou dizendo que você deveria tentar se livrar de *todas* as emoções negativas - apenas quando pensa que poderia estar reagindo *exageradamente*. Você consegue pensar em outras situações que surgiram nas últimas semanas para as quais você poderia ter usado um Registro de Pensamentos Disfuncionais?

P: *(Faz uma pausa.)* Na verdade, nada me vem a cabeça.

P: Quaisquer situações surgindo nas últimas semanas onde poderia ser útil usar um RPD?

P: *(Faz uma pausa.)* Bem, eu sei que vou ficar realmente com raiva do meu irmão se ele decidir ficar na universidade no verão em vez de ir para casa.

T: O que você acha de fazer um RPD sobre essa situação, escrever e, então, responder aos seus pensamentos?

P: Parece bom.

Preparando para Retrocessos durante a Terapia

Tão logo o paciente tenha começado a se sentir melhor, o terapeuta o prepara para um retrocesso potencial, pedindo-lhe para imaginar o que passará pela sua cabeça se ele começar a se sentir pior. Respostas comuns incluem: “Eu não deveria estar me sentindo assim”; “Isso significa que eu não estou melhorando”; “Eu sou um caso perdido”; “Eu jamais ficarei bem”; “Meu terapeuta ficará decepcionado”; ou “Meu terapeuta não está fazendo um bom trabalho”; “A terapia cognitiva não funciona para mim”; “Eu estou condenado a ficar deprimido para sempre”; “Foi apenas uma questão de sorte eu ter me sentido melhor inicialmente”; ou o paciente pode relatar uma imagem, por exemplo, sentir-se assustado, sozinho, triste, encolhido em um canto da sua cama. O terapeuta ajuda o paciente a responder a esses pensamentos e imagens e a escrever um cartão de enfrentamento. Ele pode introduzir ou revisar o gráfico “progresso na terapia” (Figura 15.1).

T: Bem, você realmente tem feito um bom progresso. Sua depressão parece estar cedendo de uma maneira progressiva.

P: Eu *estou* sentindo-me melhor.

T: Você lembra que nós discutimos os possíveis retrocessos na nossa primeira sessão?

P: Um pouco.

T: Já que é possível ocorrer um retrocesso com você, eu gostaria de discutir antecipadamente como poderia lidar com isso.

P: Ok.

T: Eu gostaria que você imaginasse por um momento que teve uma má semana. Nada parece ter dado certo. Tudo parece escuro de novo. Você está realmente para baixo. Tudo parece sem esperanças. Você pode construir um quadro disso na sua cabeça?

P: Sim. É como era antes da terapia.

T: Ok. Diga-me o que está passando pela sua cabeça agora.

P: *(Faz uma pausa.)* Não é justo. Eu estava indo tão bem. Isso não está funcionando.

T: Bom. Agora você pode responder a esses pensamentos?

P: Eu não tenho certeza.

T: Bem, você tem uma opção. Você pode continuar a pensar nesses pensamentos depressivos. O que você prevê que acontecerá com o seu humor?

P: Ele provavelmente piorará.

T: *Ou* você pode relembrar-se de que isso é apenas um retrocesso, que é normal e temporário. Então, como você se sente?

P: Melhor, provavelmente, ou pelo menos, não tão pior.

T: Ok. Tendo relembrado a si mesma de que os retrocessos são normais, que tipos de coisas você aprendeu a fazer nas últimas semanas que poderiam ajudá-la?

P: Eu poderia fazer um RPD ou afastar a minha cabeça disso concentrando-me sobre o que eu tenho que fazer.

T Ou ambos.

P: Certo, ou ambos.

T: Há alguma razão para esperar que as ferramentas que a ajudaram antes não a ajudarão de novo?

P: Não.

T: Então, você pode avaliar os seus pensamentos negativos, responder a eles (preferivelmente em um RPD) e começar a concentrar-se em algo mais significativo. Você acha que vale a pena escrever o que nós acabamos de conversar para que você tenha um plano caso tenha um retrocesso em algum momento?

■ ATIVIDADES PRÓXIMAS AO TÉRMINO

Respondendo a Preocupações sobre a Diminuição Gradativa das Sessões

Várias semanas antes do término, o terapeuta discute a diminuição gradativa das sessões de uma vez por semana para cada duas ou três semanas a título de experiência. Embora alguns pacientes prontamente concordem com esse arranjo, outros

tornam-se ansiosos. É útil para esse último grupo de pacientes descrever verbalmente ou talvez registrar por escrito as vantagens de tentar reduzir a frequência das visitas. Se um paciente falha em ver as vantagens, o terapeuta usa perguntas socráticas para ajudá-lo a ver o que essas poderiam ser. Eles também discutem as desvantagens para que o terapeuta tenha uma oportunidade de ajudar o paciente a reestruturar essas desvantagens. (Ver Figura 15.2.)

A transcrição a seguir ilustra como tal discussão poderia ocorrer:

T: Na nossa última sessão, discutimos brevemente a possibilidade de experimentar espaçar as nossas sessões de terapia. Você pensou sobre passar para um encontro a cada duas semanas como experiência?

P: Eu pensei. Isso me tornou um pouquinho ansiosa.

T: O que passou pela sua cabeça?

P: Oh, e se algo acontecer e eu não conseguir lidar com isso? E se eu começar a ficar mais deprimida - eu não suportaria isso.

T: Você avaliou esses pensamentos?

P: Avaliei. Eu percebi que estava catastrofizando, que não era o encerramento total da terapia. E você de fato disse que eu poderia telefonar para você se eu precisasse.

Vantagens de diminuir gradativamente a terapia	
1. Eu terei mais oportunidade para usar e aperfeiçoar as minhas ferramentas (cognitivas). 2. Eu serei menos dependente (do meu terapeuta). 3. Eu posso usar os honorários da terapia para outras coisas. 4. Eu posso passar mais tempo (fazendo outras coisas).	
Desvantagens	Reestruturação
1. Eu poderia ter uma recaída.	Se eu vou ter uma recaída, é melhor que isso aconteça enquanto eu ainda estou na terapia para que eu possa aprender como lidar com esta situação.
2. Eu posso não ser capaz de resolver os problemas sozinha.	Diminuir gradualmente a terapia me dá a chance de testar a minha idéia de que <i>preciso</i> do meu terapeuta. A longo prazo, é melhor para eu aprender a resolver problemas por mim mesma porque eu não ficarei em terapia para sempre.
3. Eu sentirei falta do meu terapeuta.	Isso provavelmente é verdade, mas eu <i>serei</i> capaz de tolerar isso e isso me encorajará a construir uma estrutura de apoio.

Figura 15.2. Vantagens e desvantagens (para Sally) da diminuição gradual da terapia.

- T: Certo. Você imaginou uma situação específica que poderia surgir, que seria difícil?
- P: Não, não realmente.
- T: Talvez ajudasse se nós a fizéssemos imaginar um problema específico agora.
- P: Ok. (A paciente imagina tirar uma nota baixa em um teste, identifica os seus pensamentos automáticos, responde aos pensamentos e faz um plano específico sobre o que fazer a seguir.)
- T: Agora vamos falar sobre o segundo pensamento automático que você teve acerca de espaçar as nossas sessões - que você ficaria mais deprimida e que você não seria capaz de suportar isso.
- P: Eu acho que isso pode não ser totalmente verdade. Você me fez perceber que eu poderia suportar o fato de me sentir mal de novo. Mas eu não gostaria disso.
- T: Ok. Agora digamos que você *de fato* fique mais deprimida e que ainda falte uma semana e meia para a nossa próxima sessão. O que você pode fazer?
- P: Bem, eu posso fazer o que fiz aproximadamente há um mês. Rer as minhas notas de terapia, certificar-me de que eu permaneço ativa, fazer mais RPDs. Em algum lugar nas minhas anotações, eu tenho uma lista de coisas para fazer.
- T: Você acha que seria útil encontrar essa lista agora?
- P: Sim. Seria útil se eu soubesse da existência de algo que *poderia* fazer-me sentir melhor.
- T: Ok. Que tal se para a tarefa de casa você encontrasse a lista e escrevesse um RPD para estes dois pensamentos: “Algo poderia acontecer com o que eu não conseguiria lidar” e “Eu não poderia suportar se eu ficasse mais deprimida.”
- P: Ok.
- T: Quaisquer outros pensamentos sobre as interrupções progressivas das nossas sessões?
- P: Apenas que eu sentiria falta de não ter você para conversar todas as semanas.
- T: Eu sentirei falta disso também, mas há alguém mais com quem você poderia conversar, mesmo que um pouquinho?
- P: Bem, eu poderia contar algumas coisas a minha colega de quarto. E eu acho que poderia telefonar para o meu irmão.
- T: Isso parece uma boa idéia. Você deseja escrever isso como uma atividade a ser feita, também?
- P: Ok.
- T: E, finalizando, você lembra que nós dissemos que poderíamos *experimentalmente* uma sessão a cada duas semanas? Se não estiver sendo bom para você, bem, nós podemos sempre voltar a fazer as nossas sessões semanais.

Respondendo às Preocupações sobre o Término da Terapia

Quando o paciente está bem com uma sessão a cada duas semanas, o terapeuta poderia sugerir a realização de sessões mensais em preparo ao término do processo. Novamente, reduzir gradualmente pode ser visto como um experimento. Em cada

sessão sucessiva, o terapeuta e o paciente concordam em continuar a espaçar ou em retornar a sessões mais frequentes.

À medida que o término se aproxima, é importante colher os pensamentos automáticos dos pacientes sobre ele. Alguns pacientes ficam entusiasmados e esperançosos, enquanto outros ficam temerosos ou até mesmo raivosos. A maioria tem sentimentos mistos. Eles ficam satisfeitos com seu progresso, mas preocupados em relação a uma recaída. Frequentemente eles ficam tristes de terminar seu relacionamento com o terapeuta.

É importante tanto reconhecer os sentimentos do paciente como ajudá-lo a responder a quaisquer distorções que possam ocorrer. Com frequência é desejável para o terapeuta expressar seus próprios sentimentos verdadeiros: alguns lamentam o término (gradual) do relacionamento, mas ficam orgulhosos das conquistas do paciente através da terapia e com a expectativa esperançosa de que o paciente está pronto para seguir por conta própria. Responder a outros pensamentos automáticos e examinar as vantagens e as desvantagens do término podem ser efetuados do mesmo modo que foi anteriormente descrito ao se responder a pensamentos sobre a diminuição gradual das sessões.

Revisando o Que Foi Aprendido na Terapia

O terapeuta encoraja o paciente a ler na totalidade todas as suas notas de terapia e a organizar-se para que possa facilmente consultá-las no futuro. Como tarefa de casa ele pode escrever uma sinopse dos pontos e das habilidades importantes aprendidos na terapia e revisar essa lista com o terapeuta.

Sessões de Autoterapia

Embora muitos pacientes não sigam até o fim com sessões formais de autoterapia, é útil discutir um plano para tal aplicação (ver Figura 15.3) e encorajar seu uso. O paciente pode experimentar sessões de autoterapia enquanto as sessões de terapia regular estão sendo reduzidas. Desse modo, o paciente pode consultar o terapeuta sobre problemas em fazer autoterapia (tempo insuficiente, mal-entendidos sobre o que fazer) e sobre os pensamentos de interferência (por exemplo, “Isso é trabalhoso demais; Eu não acho que realmente precise fazer isso; Eu não posso fazer isso sozinho”). Além de ajudar o paciente a responder a esses problemas, o terapeuta relembra o paciente das vantagens das sessões de autoterapia: o paciente está continuando a terapia, mas em sua própria conveniência e sem cobranças, ele pode manter suas novas ferramentas aprendidas e prontas para serem utilizadas, ele pode resolver dificuldades antes que elas se tomem problemas maiores, ele reduz a possibilidade da recaída e pode usar suas habilidades para enriquecer sua vida em uma variedade de contextos.

Um plano genérico de autoterapia é apresentado na Figura 15.3. O terapeuta o revisa com o paciente e o aprimora sob medida para preencher suas necessidades. Muitos pacientes se beneficiam de uma breve discussão de um sistema de recordações: “Inicialmente você poderia desejar tentar uma sessão de autoterapia uma vez por semana, então reduzi-la para uma ou duas vezes por mês, então para uma a cada

três meses e, por fim, a uma vez por ano. Como você poderia relembrar-se de dar uma olhada nesse plano de autoterapia periodicamente?”

Preparando para os Retrocessos Após o Término

Conforme mencionado anteriormente, o terapeuta prepara, no início, o paciente para retrocessos no tratamento. Quando se aproxima o término, o terapeuta encoraja o paciente a compor um cartão de enfrentamento especificando o que fazer se um retrocesso ocorrer após a terapia ter terminado. Eles podem discutir tal cartão na sessão e o paciente pode escrever o cartão na sessão ou como tarefa de casa. (Ver Figura 15.4 para um cartão típico.)

É desejável que o paciente procure resolver suas dificuldades por conta própria antes de chamar o terapeuta. Ele pode de fato ser capaz de manejar os problemas ou o retrocesso por conta própria. Se ele é mal-sucedido, pelo menos teve uma oportunidade de usar mais uma vez suas habilidades. Se ele de fato precisa de uma outra consulta, o terapeuta pode ajudar o paciente a descobrir o que atrapalhou o seu manejo independentemente do retrocesso ou do problema e eles podem planejar o que o paciente pode fazer de forma diferente no futuro.

GUIA PARA AS SESSÕES DE AUTOTERAPIA

1. *Estabelecer o roteiro*
 - Sobre que tópicos/situações importantes eu deveria pensar?
2. *Revisar tarefa de casa*
 - O que eu aprendi?
 - Se eu não fiz a tarefa de casa, o que me atrapalhou (problemas práticos; pensamentos automáticos)?
 - O que eu posso fazer para me tornar mais propenso à realização da tarefa de casa desta vez?
 - O que eu devo continuar a fazer como tarefa de casa?
3. *Revisão da(s) semana(s) passada(s)*
 - Além da tarefa de casa específica, eu usei alguma ferramenta da terapia cognitiva?
 - Olhando para trás, teria sido vantajoso ter usado mais intensamente as ferramentas da terapia cognitiva?
 - Como eu lembrarei de usar as ferramentas da próxima vez?
 - Que coisas positivas aconteceram durante a semana? Pelo que eu mereço crédito?
 - Algum problema surgiu? Se sim, quão bem eu o administrei? Se o problema reincidir, como eu o manejarei da próxima vez?
4. *Pense sobre tópicos/situações problemáticas atuais*
 - Eu estou vendo isso realisticamente? Eu estou reagindo exageradamente?

- Há um outro modo de ver isso?
 - O que eu deveria fazer?
5. *Prever problemas possíveis que podem ocorrer entre esse momento e a próxima sessão de terapia*
- Que problemas podem surgir nos próximos dias ou semanas?
 - O que eu deveria fazer se o problema de fato surgir? Ajudaria imaginar-me enfrentando o problema?
 - Que eventos *positivos* eu tenho para esperar no futuro?
6. *Estabelecer nova tarefa de casa*
- Que tarefa de casa seria útil? Eu deveria considerar:
 - a. Fazer RPDs
 - b. Monitorar minhas atividades
 - c. Agendar atividades de prazer ou domínio
 - d. Trabalhar sobre uma hierarquia comportamental
 - e. Ler anotações de terapia
 - f. Praticar as habilidades como relaxamento ou lidar com imagens
 - g. Fazer um diário de autodeclaração positiva
 - Que comportamentos eu gostaria de mudar?
7. *Marcar a próxima sessão de terapia*
- Quando deveria ser a próxima sessão? Quanto tempo deveria passar?
 - Eu deveria fazer sessões futuras regularmente no primeiro dia de cada semana/mês/estação?

FIGURA 15.3 Guia para as sessões de autoterapia. Copyright 1993, por Judith S. Beck, Ph.D.

O que eu posso fazer em caso de retrocesso

1. *Eu tenho opções. Eu posso catastrofizar sobre o retrocesso, ficar bem oborrecida, pensar sobre coisas que são sem esperanças e provavelmente me sentir pior. Ou eu posso revisar as minhas anotações de terapia, lembrar que os retrocessos são uma parte normal da recuperação e ver o que eu posso aprender desse acontecimento. Fazer essas coisas provavelmente fará com que me sinta melhor e tornará o meu retrocesso menos severo.*
2. *A seguir, eu deveria fazer uma sessão de autoterapia e planejar como resolver as minhas dificuldades atuais.*
3. *Em terceiro lugar, eu posso telefonar para o meu terapeuta e contar brevemente sobre o trabalho que fiz por conta própria e/ou discutir com ele a possibilidade de uma outra sessão regular de terapia se isso parecer do meu interesse.*

Figura 15.4. Cartão de enfrentamento de Sally sobre retrocessos.

■ SESSÕES DE ENCORAJAMENTO

O terapeuta estimula o paciente a agendar as sessões de encorajamento após o término por várias razões. Se quaisquer dificuldades surgirem, o paciente e o terapeuta poderão discutir como o paciente as dirigiu e avaliar se ele poderia tê-las manejado de um modo melhor. Juntos, paciente e terapeuta, podem olhar adiante para as próximas semanas e meses e prever dificuldades futuras que poderiam surgir. Eles, então, formulam um plano para lidar com essas situações. Saber que o terapeuta perguntará sobre seu progresso em fazer autoterapia pode motivar o paciente a fazer sua tarefa de casa de terapia cognitiva e praticar as suas habilidades. Além disso, o terapeuta pode ajudar o paciente a determinar se suas crenças disfuncionais previamente modificadas foram reativadas. Caso tenham sido, eles podem fazer reestruturação cognitiva em sessão e planejar para trabalho continuado sobre a crença em casa.

As sessões de encorajamento também permitem ao terapeuta uma oportunidade para verificar o ressurgimento de estratégias disfuncionais (como evitação). O paciente pode expressar quaisquer metas novas ou previamente não-alcançadas e desenvolver um plano para trabalhar em direção a elas. Juntos, terapeuta e paciente podem avaliar o programa de autoterapia e modificá-lo conforme o necessário. Finalmente, saber que está agendado para sessões de encorajamento após o término às vezes alivia a ansiedade do paciente em manter seu progresso por conta própria.

A fim de preparar-se para sessões de encorajamento, o terapeuta pode fornecer ao paciente uma lista das perguntas (ver Figura 15.5).

Conforme a transcrição, a seguir, indica a meta geral do terapeuta para a sessão de encorajamento é verificar o bem-estar do paciente e planejar manutenção continuada ou o progresso.

T: Eu estou contente que você pôde vir hoje. A partir do Inventário de Depressão, parece que você está um pouco mais deprimida do que no término.

P: Sim, eu acabei de romper com o meu namorado.

T: Eu lamento ouvir isso. Você acha que a situação foi responsável por toda a subida no seu escore?

P: Eu acho que sim. Eu estava sentindo-me bastante bem até a semana passada.

T: O rompimento é algo que você gostaria de colocar no roteiro para hoje?

P: Sim, isso e o meu progresso, ou antes, falta de progresso em procurar por um emprego de verão.

T: Ok. E eu gostaria de saber como as coisas têm sido para você em geral, à parte do rompimento. Se você encontrou quaisquer outras dificuldades e como você lidou com elas, quanta tarefa de casa de terapia cognitiva você foi capaz de fazer, quaisquer dificuldades que você pensa que poderiam surgir nos próximos dois ou três meses.

P: Ok.

GUIA PARA AS SESSÕES DE ENCORAJAMENTO

- A. Agende antecipadamente - marque consultas definidas, caso possível e telefone para confirmar.
- B. Considere vir às sessões como uma medida preventiva, mesmo se você estiver mantendo o seu progresso.
- C. Prepare-se antes de vir. Decida o que poderia ser útil discutir, incluindo:
 1. O que foi bem para você?
 2. Que problemas surgiram? Como você os administrou? Havia um modo melhor de lidar com eles?
 3. Que problema(s) poderia surgir entre essa sessão de encorajamento e a sua próxima sessão (de encorajamento)? Imagine o problema em detalhes. Que pensamentos automáticos você poderia ter? Que crenças poderiam ser ativadas? Como você lidaria com os pensamentos automáticos/crenças? Como você fará a resolução de problemas?
 4. Que trabalho de terapia cognitiva você fez? Que trabalho de terapia cognitiva você gostaria de fazer entre agora e a próxima sessão de encorajamento? Que pensamentos automáticos poderiam atrapalhá-lo de fazer o trabalho de terapia cognitiva? Como você responderá a esses pensamentos?
 5. Que metas adicionais você tem para si mesmo? Como você as alcançará? Como podem as coisas que você aprendeu na terapia cognitiva lhe ajudar?

FIGURA 15.5. Guia para sessões de encorajamento. Copyright 1993, por Judith S. Beck, Ph.D.

- T: Você gostaria de começar com o rompimento? Você pode me contar como isso aconteceu? (Eles discutem brevemente o rompimento. O terapeuta está preocupado sobre como a paciente reagiu ao rompimento, se antigas crenças disfuncionais foram ativadas.) (*Resumindo.*) Então, as coisas começaram a deteriorar e ele contou a você que desejava começar a sair com outras mulheres? Quando ele disse isso a você, o que passou pela sua cabeça?
- P: Que ele não me amava realmente.
- T: E o que isso significou para você, que ele não amava você?
- P: Significou que eu teria que encontrar outra pessoa.
- T: E o que significou para você ter que encontrar outra pessoa?
- P: Bem, será difícil.
- T: E o que significa para você que será difícil?
- P: Eu acho que significa que não sou muito querida, valorizada.
- T: Quanto você acreditava que não era muito valorizada no momento em que ele contou a você que desejava ver outras mulheres?

- P: Oh, aproximadamente 90%.
- T: E quanto você acredita nisso agora?
- P: Menos, talvez 50, 60%.
- T: O que fez a diferença?
- P: Bem, parte de mim sabe que nós provavelmente apenas não combinávamos bem.
- T: Então, você foi capaz de modificar essa idéia antiga de não ser querida.
- P: Um pouco.
- T: Certo. Agora o que você aprendeu na terapia que pode fazer para apagar adicionalmente essa idéia de não ser querida e fortalecer a idéia de que você é?
- P: Eu provavelmente deveria fazer um RPD sobre isso. E eu sei que as minhas anotações de terapia têm muito delas. Eu deveria tê-las relido.
- T: Isso poderia ter ajudado. Você pensou em fazer isso?
- P: Pensei. Eu acho que pensei que isso realmente não iria ajudar.
- T: O que você pensa agora?
- P: Bem, isso me ajudou antes, deveria ajudar-me de novo.
- T: O que a atrapalharia de ir para casa e fazer algum trabalho sobre isso nos próximos dois dias?
- P: Nada. Eu farei isso. Eu acho que provavelmente ajudará.
- T: O pensamento “Isso não ajudará” poderia surgir de novo na próxima vez que você estiver passando por um momento difícil?
- P: Poderia.
- T: O que você poderia fazer para testar esse pensamento?
- P: O que eu poderia fazer *agora*?
- T: É. O que você poderia fazer para lembrar-se de que teve o pensamento *desta* vez e, então, avaliar que ele poderia não ser verdadeiro?
- P: Eu deveria escrevê-lo, talvez em um papel que mantenho na minha mesa.
- T: Ok, que tal se você escrevesse algumas das coisas sobre as quais nós acabamos de falar. Fazer um RPD sobre ser ou não querida, reler as suas notas de terapia, escrever uma resposta para o pensamento “Isso não ajudará”, para colocar na sua mesa.

Nessa parte da sessão de encorajamento, o terapeuta avalia o nível de depressão do paciente, estabelece o roteiro, discute um tópico e ajuda o paciente a estabelecer tarefas de casa para si mesmo. O terapeuta apura que a paciente está levemente deprimida e a elevação parece estar relacionada apenas ao rompimento do relacionamento. (Se a depressão tivesse sido mais severa, o terapeuta teria despendido mais tempo avaliando disparadores e identificando e modificando crenças disfuncionais, pensamentos e comportamentos. O terapeuta e o paciente poderiam ter discutido a conveniência de uma sessão ou de sessões adicionais.)

Essa paciente é facilmente capaz de expressar seu pensamento automático e a sua crença subjacente. Ela e o terapeuta despendem pouco tempo desenvolvendo um plano para ajudá-la a modificar suas idéias; ela já aprendera as ferramentas durante a terapia. Ela precisava da sessão de encorajamento para lembrá-la de usar as ferramentas.

Em suma, a prevenção da recaída é realizada ao longo da terapia. Os problemas em reduzir gradualmente as sessões e o término do processo são abordados como quaisquer outros problemas, com uma combinação de resolução de problemas e respondendo às crenças e aos pensamentos disfuncionais.

16

PLANEJANDO O TRABALHO

Em qualquer momento na terapia, como o terapeuta decide o que dizer ou fazer a seguir? Respostas parciais a essa pergunta foram supridas ao longo deste livro, mas este capítulo fornece uma estrutura mais coerente para tomar decisões e planejar o tratamento. Para manter a terapia focalizada e movendo-se na direção certa, o terapeuta continuamente pergunta a si mesmo “Qual é o problema específico aqui e o que eu estou tentando alcançar?” Ele está ciente dos seus objetivos no momento atual da sessão, na sessão como um todo, no estado atual da terapia e na terapia como um todo. Este capítulo delinea algumas das áreas essenciais para planejamento de um tratamento efetivo: alcançar metas terapêuticas amplas, planejar o tratamento entre as sessões, projetar planos de tratamento, planejar sessões individuais, decidir quanto a focalizar um problema e modificar o tratamento padrão para transtornos específicos.

■ EXECUTANDO AMPLAS METAS TERAPÊUTICAS

No nível mais amplo, o terapeuta deseja facilitar uma remissão do transtorno do paciente e prevenir a recaída. Para fazer isso, ele objetiva não apenas reduzir os sintomas do paciente ajudando-o a modificar seus pensamentos disfuncionais, crenças e comportamentos, mas também ensina a motivá-lo a continuar tal modificação por conta própria após o término - em outras palavras, continuar a ser seu próprio terapeuta. A fim de alcançar essas metas amplas, o terapeuta faz o seguinte:

-
1. Constrói uma aliança terapêutica firme com o paciente.
 2. Torna explícita a estrutura do processo da terapia para o paciente.
 3. Ensina ao paciente o modelo cognitivo e compartilha com o mesmo sua conceituação do paciente.
 4. Ajuda a aliviar a angústia do paciente através de técnicas cognitivas e comportamentais e através da resolução de problemas.
 5. Ensina ao paciente como usar essas técnicas ele mesmo, ajuda-o a generalizar o uso das técnicas e o motiva a usar as técnicas no futuro.
-

■ PLANEJANDO O TRATAMENTO ENTRE SESSÕES

O terapeuta desenvolve um plano geral para terapia e um plano específico para cada sessão de terapia individual. A terapia pode ser vista em três fases: começo, meio e fim. Na fase intermediária do tratamento (ver Capítulo 4), o terapeuta planeja alcançar algumas metas: construir uma aliança terapêutica forte; identificar e especificar as metas do paciente para a terapia; resolver problemas; ensinar ao paciente o modelo cognitivo; tornar o paciente comportamentalmente ativado (particularmente se ele está deprimido e retraído); educar o paciente sobre o seu transtorno; ensinar o paciente a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos automáticos; socializar o paciente (a fazer tarefa de casa, estabelecer um roteiro na terapia e fornecer um *feedback* para o terapeuta) e instruir o paciente em estratégias de enfrentamento. Na primeira fase da terapia, o terapeuta frequentemente assume a liderança em sugerir os itens do roteiro e das tarefas de casa.

Na fase intermediária da terapia, o terapeuta continua a trabalhar em direção aos objetivos mencionados, mas também enfatiza identificar, avaliar e modificar as crenças dos pacientes. Ele compartilha sua conceituação cognitiva do paciente e utiliza tanto técnicas “racionais” como “emocionais” para facilitar a modificação de crença. Além disso, o terapeuta (quando apropriado) ajuda o paciente a reformular suas metas e lhe ensina habilidades das quais ele carece, mas necessita para alcançar suas metas.

Na fase final da terapia, a ênfase muda para preparar-se para o término e para prevenir a recaída (ver Capítulo 15). Nesse ponto, o paciente já se tornou muito mais ativo na terapia, assumindo a liderança em estabelecer o roteiro, sugerir soluções para problemas e projetar as tarefas de casa.

■ PROJETANDO UM PLANO DE TRATAMENTO

O terapeuta desenvolve um plano de tratamento com base na avaliação do paciente, seus sintomas do Eixo I, do Eixo II e dos transtorno(s) e seus problemas específicos presentes. Sally, por exemplo, estabelece quatro metas na primeira sessão de terapia: melhorar seu trabalho da escola, reduzir sua ansiedade em relação a testes, encontrar mais pessoas e participar de algumas atividades universitárias. Com base em sua avaliação inicial e nessas metas, seu terapeuta projetou um plano geral de terapia (ver Figura 16.1). Em cada sessão individual, ele trabalha sobre várias das áreas especificadas no plano com base no que eles abordaram nas sessões anteriores, que Sally fez para tarefa de casa e que problemas ou tópicos Sally coloca no roteiro daquele dia. O terapeuta também considera cada problema ou meta individual e faz uma análise crítica, mentalmente ou por escrito (ver Figura 16.2).

Tendo formulado um plano de tratamento geral, o terapeuta adere a ele em maior ou menor grau, revisando-o conforme o necessário. Analisar problemas especí-

ficos o compele a conceituar as dificuldades do paciente em detalhes e a formular um plano de tratamento sob medida para ele. Fazer isso também o ajuda a focalizar cada sessão individual, captar o fluxo da terapia de uma sessão para a outra e o torna mais ciente do progresso.

O PLANO DE TRATAMENTO DE SALLY

1. Resolver problemas sobre como melhorar sua concentração, buscar ajuda necessária em seus cursos, encontrar mais pessoas e participar de atividades.
2. Ajudá-la a identificar, avaliar e responder a seus pensamentos automáticos sobre si mesma, os estudos, outras pessoas e a terapia, especialmente os que são particularmente aflitivos e/ou a impedem de resolver problemas.
3. Investigar as crenças disfuncionais sobre o perfeccionismo e buscar ajuda de outros.
4. Discutir sua autocrítica e aumentar a atribuição de crédito.
5. Reduzir a quantidade de tempo que ela despende na cama.

FIGURA 16.1. Plano de tratamento de Sally.

ANÁLISE DE PROBLEMAS

A. Situações-problema típicas

Situação → Pensamentos automáticos → Emoções, comportamento, reação fisiológica

Sentar-se na biblioteca	Eu jamais conseguirei terminar isso. Eu não entendo. Eu jamais entenderei isso. Eu sou tão burra. Eu provavelmente vou ser reprovada.	Triste →	Pára de estudar →	(Não aplicável)
-------------------------	---	----------	-------------------	-----------------

Estudando no quarto à noite → Isso é inútil → Triste → Deita na cama → Chora

B. Comportamentos disfuncionais:

- Continuar revisando algum material quando a compreensão é fraca ou parar totalmente de estudar.
- Falhar em responder aos pensamentos automáticos.
- Não pedir ajuda aos outros.

Continua

C. Distorções cognitivas:

- Atribuir problemas à fraqueza do *self* em vez a de problemas de depressão.
- Supor que o futuro é sem esperanças.
- Supor que é um caso perdido e que não pode fazer nada a respeito de seu problema.
- Possivelmente igualar o seu valor com suas conquistas.

D. Estratégias terapêuticas:

1. Fazer a resolução de problemas. Mudar para um outro assunto após a segunda leitura quando a compreensão do texto for baixa. Projetar um plano para obter ajuda direta e indireta de professores, do professor-assistente, do professor particular ou de colega. Compor cartões de enfrentamento na sessão para serem lidos antes e durante o estudo.
2. Monitorar os humores. Utilizar a monitoração de atividade para marcar períodos de estudo e classificar (de 0 a 10) o grau da ansiedade e/ou tristeza. Quando a ansiedade ou a tristeza for superior a 3, anotar os pensamentos automáticos.
3. Usar o questionamento socrático para avaliar os pensamentos automáticos. Ensinar o uso do Registro de Pensamentos Disfuncionais.
4. Utilizar a descoberta como um guia para revelar o sentido dos pensamentos automáticos; colocar em forma condicional (Se.. então..) e testá-los.
5. Quando aplicável, utilizar o continuum cognitivo para ilustrar que essa aquisição está em um processo contínuo, em vez de consistir em perfeição ou fracasso.

Figura 16.2. Análise de problema 1: Dificuldade para estudar.

■ PLANEJANDO SESSÕES INDIVIDUAIS

Antes e durante uma sessão, o terapeuta faz a si mesmo algumas perguntas para formular um plano geral para a sessão e para orientá-lo à medida que ele conduz a sessão de terapia. No nível mais geral, ele pergunta a si mesmo “O que eu estou tentando alcançar e como eu poderia fazer isso mais eficientemente?” O terapeuta experiente reflete de modo automático sobre muitos tópicos específicos. A lista de perguntas a seguir, embora potencialmente desafiadora para o iniciante, é um guia útil para os terapeutas mais avançados que desejam melhorar as suas habilidades de tomar melhores decisões sobre como proceder dentro de uma sessão de terapia. A lista é projetada para ser lida e considerada antes de uma sessão de terapia como ponderação consciente das questões. Se for usada durante uma sessão, poderá haver, sem dúvida, interferência no processo terapêutico.

1. Quando o terapeuta revisa as suas anotações da sessão passada *antes da sessão*, ele pergunta a si mesmo:

- a. Qual é o(s) transtorno(s) do paciente? Quão severo ele é agora comparado ao início da terapia?
- b. Como, se de alguma forma, a terapia cognitiva precisa ser variada para o tratamento desse transtorno e desse paciente em particular?
- c. Como eu conceituei as dificuldades do paciente? (O terapeuta pode consultar um Diagrama de Conceituação Cognitiva.)
- d. Em que estágio (começo, meio, fim) da terapia o paciente está? Quantas sessões nós temos ainda (quando há um limite)?
- e. Quais são os principais problemas e metas do paciente? Quanto progresso nós fizemos em cada um até agora? Em qual (is) nós nos temos centrado recentemente?
- f. Que progresso foi feito até agora no humor, comportamento e sintomas do paciente?
- g. Quão forte é a nossa aliança terapêutica? O que, se for o caso, eu preciso fazer hoje para fortalecê-la?
- h. Em que nível *cognitivo* nós estivemos trabalhando principalmente no pensamento automático, na crença intermediária, na crença central ou em uma combinação destes aspectos? Quanto progresso nós fizemos em cada nível?
- i. Em direção de que mudanças comportamentais nós estivemos trabalhando? Quanto progresso nós fizemos?
- j. O que aconteceu nas últimas sessões de terapia? Que idéias disfuncionais ou problemas (se houve) atrapalharam a terapia? Como eu desejo manejá-los? Sobre que habilidades nós estivemos trabalhando? Qual (quais) eu desejo reforçar? Que novas habilidades eu desejo ensinar?
- k. O que aconteceu na última sessão? Que tarefa de casa o paciente concordou em fazer? O que, se for o caso, eu concordei em fazer (por exemplo, chamar o médico dela, ou recomendar um livro ou artigo relacionado às dificuldades dela)?

2. Quando o terapeuta começa a sessão e verifica o *humor do paciente*, ele pergunta a si mesmo:

- a. Como ele está se sentindo em comparação com a sessão passada? Comparado com a trajetória geral até agora? Ele está progredindo?
- b. Que humor é predominante (por exemplo, tristeza, ansiedade, raiva ou vergonha)?
- c. Seus resultados objetivos combinam com a sua descrição subjetiva? Se não, por quê?

- d. Há algo em relação ao humor do paciente que nós deveríamos colocar no roteiro para ser discutido mais amplamente?
3. Enquanto o paciente fornece uma *breve revisão de sua semana*, o terapeuta pergunta a si mesmo:
- a. Como foi esta semana em comparação com as semanas anteriores?
 - b. Que sinais de progresso há?
 - c. Que problemas surgiram esta semana?
 - d. Alguma coisa aconteceu para torná-lo mais ou menos esperançoso sobre a terapia e sobre atingir suas metas?
 - e. Há alguma coisa que aconteceu esta semana que nós deveríamos colocar no roteiro para ser discutido mais plenamente?
4. À medida que o terapeuta verifica o *uso de álcool, de drogas ou de medicação* do paciente (quando aplicável), ele pergunta a si mesmo:
- a. Há algum problema em quaisquer dessas áreas?
 - b. Nós deveríamos colocar quaisquer dessas coisas no roteiro para discutir mais plenamente?
5. Quando o terapeuta pede ao paciente um *feedback* e os pontos marcantes da *sessão anterior* ele pergunta a si mesmo:
- a. O paciente parece estar honestamente expressando o seu *feedback*? Se não, eu deveria questioná-lo gentilmente sobre isso agora? Colocar o assunto no roteiro? Abordá-lo em uma outra sessão?
 - b. O que eu preciso fazer (quando aplicável) para fortalecer a nossa aliança terapêutica?
 - c. O paciente lembra muito sobre a sessão anterior? Pode ele expressar os pontos mais importantes? Se não, ele tomou anotações adequadas na sessão anterior? Eu deveria colocar esse problema no roteiro?
6. Quando o terapeuta e o paciente *estabelecem o roteiro*, o terapeuta pergunta a si mesmo:
- a. Qual problema parece ser mais produtivo discutir? O que é mais importante para o paciente? O que é o mais passível de ser resolvido? Qual deles tenderia a trazer maior alívio de sintomas dentro da sessão de hoje?
 - b. Que problema poderia ser usado para ensinar ou reforçar uma habilidade necessária?

- c. Poderia ser *contraprodutivo* discutir qualquer item - por exemplo, em uma sessão anterior, um problema específico é demasiado complexo para resolver? Um problema particular é propenso a ativar uma crença central mais fortemente quando o paciente ainda não tem as ferramentas para responder à crença efetivamente?
7. Quando o terapeuta e o paciente *priorizam itens do roteiro*, o terapeuta pergunta a si mesmo:
- a. Quanto tempo cada item do roteiro levará? Quantos itens nós podemos discutir?
 - b. Há quaisquer problemas que o paciente poderia resolver por conta própria, resolver com alguém mais ou trazer em uma outra sessão?
 - c. Qual é o meu principal objetivo para a sessão: melhora no humor; mudança cognitiva; resolução de problemas; mudança comportamental; melhora na aliança terapêutica? Discussão de que problemas/itens tendem mais a alcançar este objetivo.
 - d. Como esses problemas/itens se encaixam com o que é mais importante para o paciente?
 - e. Quanto tempo nós deveríamos distribuir para cada item/problema escolhido?
8. Quando o terapeuta e o paciente *revisam a tarefa de casa*, o terapeuta pergunta a si mesmo:
- a. Como a tarefa de casa de hoje relacionou-se aos itens do roteiro? Deveria a discussão de quaisquer exercícios de tarefa de casa ser adiada até que nós chegássemos a um item específico do roteiro?
 - b. Quanto da tarefa de casa o paciente fez? Se pouco, o que o atrapalhou?
 - c. A tarefa de casa foi útil? Se não, por que não? Se sim, o que o paciente aprendeu?
 - d. Como nós deveríamos modificar a tarefa de casa desta semana para torná-la mais efetiva?
9. Quando o terapeuta e o paciente discutem o *primeiro item do roteiro*, o terapeuta faz a si mesmo perguntas em quatro áreas:

Definindo o problema

- a. Qual é o problema específico?
- b. Quais são as situações específicas nas quais o problema surge?
- c. Por que o *paciente* acredita que tem esse problema? Por que *eu* penso que o paciente tem esse problema?

- d. Como esse problema se encaixa na conceituação cognitiva geral do paciente? Como isso se relaciona as suas metas gerais?
- e. Se algum, que papel o pensamento e o comportamento do paciente desempenham nesse problema?

Projetando uma Estratégia

- a. Nós podemos fazer uma resolução direta de problemas? Que pensamentos e crenças poderiam interferir na resolução de problemas ou em efetuar uma solução?
- b. Sobre que pensamento ou crença nós deveríamos trabalhar para promover a mudança comportamental desejada? Que tipo de pensamento ou nova crença, porém tematicamente relacionado, seria mais adaptativo para esse paciente? Como esse pensamento ou nova crença se relaciona à conceituação?
- c. Que mudança comportamental eu posso sugerir que poderia promover a mudança cognitiva necessária?

Escolhendo as Técnicas

- a. O que especificamente eu estou tentando alcançar quando nós discutimos esse item do roteiro?
- b. Que técnicas funcionaram bem para esse paciente (ou para pacientes semelhantes) no passado? Que técnicas *não* funcionaram bem?
- c. Que técnica eu deveria tentar primeiro?
- d. Como eu avaliarei sua efetividade?
- e. Eu empregarei a técnica ou a empregarei e a ensinarei ao paciente?

Monitorando o Processo

- a. Nós estamos trabalhando juntos como uma equipe?
- b. O paciente está aceitando a direção para a qual eu o estou conduzindo?
- c. Ele está tendo pensamentos automáticos que interferem sobre si mesmo, nessa técnica, na nossa terapia, no seu eu, no futuro?
- d. Seu humor está melhorando?
- e. Quão bem essa técnica está funcionando? Nós deveríamos continuar com essa técnica? Eu deveria tentar algo mais?
- f. Nós terminaremos a discussão desse item do roteiro a tempo? Se não, eu preciso interromper e nós deveríamos decidir colaborativamente continuar esse item e reduzir ou eliminar a discussão de um outro item?
- g. Que seguimento (ou seja, tarefa de casa) eu deveria sugerir para fortalecer a aprendizagem do paciente?
- h. Como o paciente lembrará as coisas importantes sobre as quais nós estamos falando? Ele está tomando notas adequadas?

10. *Após a discussão do primeiro item do roteiro*, o terapeuta pergunta a si mesmo:

- a. Como o paciente está sentindo-se agora?
- b. Eu preciso fazer alguma coisa para restabelecer o *rappport*?
- c. Eu preparei seguimento para esse item (por exemplo, uma tarefa de casa, concordância em colocar o item no roteiro na nossa próxima sessão ou concordância em adiar a discussão adicional disso até uma data posterior)?
- d. Quanto tempo resta na sessão? Eu tenho tempo para um outro item do roteiro? O que nós deveríamos fazer a seguir?

11. *Antes de encerrar a sessão*, o terapeuta pergunta a si mesmo:

- a. Eu preciso investigar mais profundamente a respeito de um *feedback* negativo?
- b. Se houve um *feedback* negativo, como eu deveria abordá-lo?
- c. O paciente entendeu o aspecto central que impulsionou a sessão?
- d. Ele lembrará de quaisquer aprendizagens/habilidades que eu ensinei? Nós estabelecemos tarefas de casa relevantes?

12. *Após a sessão*, o terapeuta pergunta a si mesmo:

- a. Como eu deveria intensificar a minha conceituação?
- b. O que eu desejo abordar na sessão seguinte? Sessões futuras?
- c. Eu preciso prestar atenção ao nosso relacionamento?
- d. Se eu pudesse fazer a sessão de novo, o que eu teria feito diferente?

■ DECIDINDO QUANTO À FOCALIZAÇÃO DE UM PROBLEMA

Uma decisão crítica em cada sessão de terapia é que problema (ou problemas) deve ser abordado. Embora o terapeuta colabore em tomar essa decisão com o paciente, ele não obstante orienta a terapia em direção à discussão de problemas que são aflitivos, recorrentes e continuados e em direção à qual ele julga que serão capazes de fazer algum progresso durante a sessão. O terapeuta tende a limitar a discussão de problemas que ele julga que o paciente pode resolver por conta própria, que são incidentes isolados não propensos a recorrer, que não são particularmente aflitivos e/ou que parecem propensos a conduzir a um uso improdutivo do tempo da terapia.

Tendo identificado e especificado um problema, o terapeuta faz várias coisas para ajudá-lo a decidir quanto tempo e esforço despende no problema. Ele colhe mais dados sobre o problema, revisa suas opções, reflete sobre considerações práticas, uti-

liza o estágio da terapia como um guia e muda o foco, quando necessário. Estes cinco passos são descritos a seguir.

Colhendo Mais Dados a Respeito de um Problema

Quando um paciente traz um problema à tona pela primeira vez ou quando a existência de um problema se torna aparente durante uma sessão, o terapeuta avalia a natureza do problema para determinar se parece valer a pena intervir. Por exemplo, Sally colocou um problema novo no roteiro: o negócio do seu pai está falindo e Sally se sente triste. O terapeuta a questiona para avaliar quão útil será dedicar uma porção significativa do tempo da terapia a esse problema.

TERAPEUTA: Ok, você disse que desejava falar sobre algo a respeito de seu pai e do trabalho dele?

PACIENTE: É. O negócio dele está bastante difícil há algum tempo, e agora parece que ele pode ir à falência.

T: (*Colhendo mais informações.*) E se ele de fato for à falência, como isso afetará você?

P: Oh, nada diretamente. Eu apenas me sinto tão mal por ele. Eu quero dizer, ele ainda terá dinheiro suficiente, mas... ele trabalhou realmente duro para isso.

T: (*Tentando descobrir se há uma distorção no pensamento da paciente.*) O que você acha que acontecerá se ele entrar em falência?

P: Bem, ele já começou a procurar um negócio novo. Ele não é do tipo que fica parado.

T: (*Ainda avaliando se o paciente está pensando disfuncionalmente.*) Qual é a pior parte disso para você?

P: Apenas que ele provavelmente se sente mal.

T: Como você se sente quando você pensa sobre ele se sentir mal?

P: Mal... triste.

T: Quão triste?

P: 75%.

T: (*Testando se a paciente pode ter uma visão de longo alcance.*) Você tem um sentimento de que, embora ele possa se sentir mal inicialmente, ele não permanecerá assim para sempre? Que ele provavelmente se envolverá em um outro negócio e se sentirá melhor?

P: É, eu acho que isso provavelmente acontecerá.

T: Você acha que está sentindo tristeza “normal” em relação a isso? Ou você pensa que isso a está afetando forte demais?

P: Eu acho que eu estou tendo uma reação normal.

T: (*Tendo avaliado que nenhum trabalho adicional sobre esse problema se justifica.*) Alguma coisa a mais sobre isso?

P: Não, eu acho que não.

T: Ok. Eu fico triste que isso tenha acontecido com o seu pai. Informe-me sobre o que acontecer.

P: Certo.

T: Nós deveríamos passar para o próximo item no nosso roteiro?

Em uma outra situação, o terapeuta determina que um problema *de fato* requer intervenção.

T: Você queria falar sobre acomodações de alojamento para o ano que vem?

P: Sim. Eu estou bastante aborrecida. Minha colega de quarto e eu decidimos morar juntas de novo. Ela quer morar fora do campus. Então, nós temos que procurar um apartamento em West Philly ou no centro. Mas ela vai passar as férias em casa, então fica por minha conta encontrar um lugar.

T: Quando você estava mais aborrecida sobre isso?

(Levantando a hipótese de que a aflição da paciente é provavelmente devido a não saber o que fazer, à raiva em direção à colega por deixar o trabalho para ela ou a ambos, o terapeuta questiona a paciente especificamente para descobrir seus pensamentos automáticos e emoções.)

P: Ontem, quando eu concordei em começar a procurar, ela estava fora... Na verdade, foi na noite passada que eu me dei conta que não sabia o que fazer.

T: Como você estava sentindo-se?

P: Sobrecarregada... ansiosa.

T: O que estava passando pela sua cabeça na noite passada enquanto você estava pensando sobre isso?

P: Eu não sei o que fazer. Eu sequer sei por onde começar.

T: (*Buscando um quadro mais completo; determinando se houve outros pensamentos automáticos importantes.*) O que mais estava passando pela sua cabeça?

P: Eu estava perguntando a mim mesma “O que eu deveria fazer primeiro? Eu jamais fiz isso antes. Eu deveria ir ver um corretor de imóveis? Eu deveria procurar nos classificados do jornal?”

T: (*Ainda vendo se há algum outro pensamento importante.*) Você estava tendo quaisquer pensamentos sobre a sua colega de quarto?

P: Não, realmente. Ela disse que ajudaria quando voltasse. Ela disse que eu não tinha que começar a procurar até então.

T: Você estava fazendo alguma previsão?

P: Eu não sei.

T: (*Dando um exemplo oposto.*) Bem, você estava pensando que encontraria facilmente um lugar ótimo com um aluguel barato?

P: Não... não, eu estava pensando “E se eu encontrar um lugar e nós acabarmos descobrindo que ele está infestado com baratas, não tem segurança, barulhento demais ou está realmente em mau estado?”

T: Você teve uma imagem assim na sua cabeça?

P: Tive. Escuro, fedorento, sujo. (*Assusta-se.*)

Revisando as Opções

Agora que o terapeuta tem um quadro mais completo, ele revisa mentalmente sua opção. Ele poderia agir de uma ou mais das seguintes maneiras:

- Engajar Sally na resolução de problemas simples, ajudá-la a decidir que medida parece ser a mais razoável e viável.
 - Ensinar a Sally as habilidades de resolução de problemas, usando esse problema como exemplo.
 - Usar essa situação como uma oportunidade para reforçar o modelo cognitivo.
 - Usar essa situação como uma oportunidade para ajudar Sally a conceituar sua dificuldade maior de assumir que ela é incapaz em uma nova situação e sentir-se sobrecarregada em vez de testar essa crença.
 - Fazer Sally identificar o pensamento mais aflitivo e ajudá-la a avaliá-lo.
 - Ensinar Sally como fazer um Registro de Pensamentos Disfuncionais utilizando esta situação.
 - Usar a imagem que ela descreveu como uma oportunidade para ensinar-lhe técnicas de construção de imagens.
 - Tomar uma decisão colaborativa com Sally para passar adiante para o próximo item do roteiro (talvez para um problema ainda mais premente) e voltar a esse problema mais tarde na sessão ou em uma sessão futura.
-

Refletir Sobre as Considerações Práticas

Como o terapeuta decide qual o caminho a tomar? Ele leva em conta diversos fatores, incluindo:

- O que tende a trazer alívio substancial para Sally?
 - O que eles têm tempo para fazer? O que *mais* eles precisam fazer na sessão?
 - Que habilidades seriam valiosas ensinar ou revisar com Sally, uma vez que esse problema oferece tal oportunidade?
 - Se houver, o que Sally poderia fazer ela mesma (tarefa de casa) para aliviar sua aflição? Por exemplo, se Sally está apta a ponto de fazer um Registro de Pensamentos Disfuncionais sobre isso em casa para se sentir melhor, eles podem despende o tempo da sessão em outras coisas que a ajudarão a progredir mais rápido.
-

Usando o Estágio da Terapia como um Guia

O terapeuta é frequentemente orientado pelo estágio do paciente na terapia. Por exemplo, um terapeuta tende a evitar lidar com um problema complexo muito aflitivo nas primeiras sessões com pacientes deprimidos se é improvável obter um substancial progresso em direção a ele. O terapeuta também tende, no início da terapia, a evitar discutir tópicos que ativam uma crença central dolorosa no paciente devido a este ainda não conhecer as ferramentas para lidar com ela.

As sessões iniciais são muito mais centralizadas na resolução de problemas *mais fáceis*, assim como são mais focalizadas em ajudar os pacientes a avaliar pensamentos automáticos “mais fáceis” em vez de seus benefícios mais rígidos, menos maleáveis. Experimentar sucesso em sessões iniciais gera esperança em pacientes, tornando-os mais motivados para trabalhar na terapia.

■ MUDANDO O FOCO EM UMA SESSÃO

Às vezes o terapeuta não pode avaliar facilmente quão difícil um problema será ou quão propenso é que uma discussão específica ativará uma crença central dolorosa. Nesses casos, ele pode *inicialmente* focalizar um problema, mas mudar para um outro tópico quando percebe que suas intervenções não são bem-sucedidas e/ou o paciente está experimentando maior aflição (não-pretendida). A seguir, há transcrição de uma sessão de terapia anterior.

T: Ok, a seguir no roteiro. Você diz que gostaria de encontrar mais pessoas (Eles discutem essa meta mais especificamente.) Agora, como você poderia encontrar pessoas novas esta semana?

P: ...*(Em uma voz humilde.)* Eu poderia conversar com as pessoas no trabalho.

T: *(Percebendo que a paciente subitamente parece deprimida.)* O que está passando pela sua cabeça agora?

P: Que é inútil. Eu jamais serei capaz de fazer isso. Eu tentei isso antes. *(Parecendo irritada.)* Todos os meus outros terapeutas tentaram isso, também. Mas eu estou te dizendo, eu simplesmente não consigo fazer isso! Não dará certo!

O terapeuta levanta a hipótese, a partir da mudança afetiva negativa súbita do paciente, de que uma crença central foi ativada. Ele percebe que continuar na mesma trilha, nesse momento, provavelmente será contraproducente. Em vez de focalizar o problema, ele decide reparar a aliança terapêutica, obtendo e, então, testando os pensamentos automáticos do paciente sobre ele (por exemplo, “quando eu perguntei a você como poderia encontrar mais pessoas esta semana, que pensamentos você teve sobre mim?”). Posteriormente ele dá ao paciente uma escolha sobre se deve ou não voltar a esse item do roteiro (por exemplo, “Eu estou contente que você possa ver que

eu não pretendi fazer com que você fizesse coisas para as quais você não está pronta. Agora você gostaria de voltar para o tópico de encontrar pessoas novas ou nós deveríamos voltar para isso em um outro momento (uma outra sessão) e passar adiante para o problema que você teve com a sua amiga Elise esta semana?”

Em suma, inicialmente, em terapia, o terapeuta tende a orientar a discussão *para longe* dos seguintes tópicos:

1. Um problema que é demasiado complexo (ou seja, em que progresso substancial dentro da sessão é improvável). Um exemplo disso é um conflito marital de longa data.
 2. Um problema que é fortemente ligado a uma crença muito grande e muito rígida (por exemplo, “Se eu não estiver em concordância total (100%) com os desejos dos outros, Deus me punirá”).
 3. Um problema que tende a ativar uma crença central muito dolorosa para a qual o paciente carece de ferramentas de enfrentamento adequadas (por exemplo, “Eu serei abandonado”).
 4. Um problema que o paciente pode resolver por conta própria. Se o terapeuta focaliza esse tipo de problema, ele não está fazendo o uso mais eficiente do tempo de terapia.
 5. Um problema sobre o qual o paciente não deseja trabalhar.
 6. Um problema que não é particularmente aflitivo para o paciente.
-

Problemas difíceis não são evitados, em vez disso são manejados *depois* que o paciente estiver sentindo-se um pouco melhor e tiver aprendido mais habilidades para lidar com o problema e com os pensamentos e crenças disfuncionais associados.

■ MODIFICANDO OS PADRÕES DE TRATAMENTO PARA OS TRANSTORNOS ESPECÍFICOS

É essencial para o terapeuta ter um entendimento sólido dos sintomas atuais e do funcionamento do paciente, dos problemas atuais, dos eventos precipitantes e da história anterior ao início da terapia. Igualmente importante é um diagnóstico dos cinco eixos de acordo com o DSM-IV. Este livro discutiu a terapia cognitiva padrão para a depressão com a associação da ansiedade. A seguir, estão descrições breves de como a ênfase da terapia deveria ser variável para outros transtornos. O terapeuta é solicitado a consultar os textos especializados (ver na sequência) para pacientes cujo transtorno primário não é uma simples depressão unipolar.

1. *Transtorno de pânico*. A terapia enfatiza a avaliação e a testagem da interpretação catastrófica errônea do paciente de que um sintoma benigno espe-

cífico (ou pequeno conjunto de sintomas) sugere que uma catástrofe física ou mental específica está acontecendo ou está prestes a acontecer (Beck, 1987; Clark, 1989).

2. *Transtorno de ansiedade generalizada.* A terapia enfatiza ensinar o paciente a avaliar mais realisticamente a ameaça de perigo entre as situações e a avaliar e a fortalecer a sua capacidade de enfrentar situações ameaçadoras (Beck & Emery, 1985; Butler et al., 1991; Clark, 1989).
3. *Fobias sociais.* A terapia enfatiza a reestruturação cognitiva, as técnicas de manejo de ansiedade e a exposição orientada. (Beck & Emery, 1985; Butler, 1989; Heimberg, 1990).
4. *Transtorno obsessivo-compulsivo.* A terapia enfatiza a exposição e a prevenção de resposta e orienta o paciente a descobrir experimentalmente que seu problema está nos seus pensamentos em vez de na possível ocorrência de um problema no mundo real (que ele está tentando prevenir através de comportamento neutralizante e tentativas de controlar seus pensamentos). Entre outras coisas, o terapeuta ajuda o paciente a avaliar o grau no qual ele deveria realisticamente ser responsável se uma circunstância adversa ocorresse para uma outra pessoa ou para si mesmo (Salkovskis & Kirk, 1989).
5. *Transtorno de estresse pós-traumático.* Em combinação com o ensinar aos pacientes técnicas para manejar seus sintomas de ansiedade intensos e imagens aflitivas recorrentes, a terapia enfatiza a identificação e modificação do sentido do que o paciente atribuiu a um evento traumático (Dancu & Foa, 1992; Parrott & Howes, 1991).
6. *Transtornos alimentares.* A terapia enfatiza a reestruturação das crenças disfuncionais sobre comida, peso e o *self* (particularmente em relação à imagem corporal e ao valor pessoal) (Bowers, 1993; Fairburn & Cooper, 1989; Garner & Bemis, 1985).
7. *Abuso de substância.* A terapia enfatiza identificar e testar os pensamentos e as imagens sobre tomar drogas, modificar as crenças que aumentam o risco de uso de drogas, enfrentar abstinências e fornecer a prevenção da recaída (Beck et al., 1993; Marlatt & Gordon, 1985).
8. *Transtornos de personalidade.* A terapia enfatiza melhorar o funcionamento atual (aumentando o repertório do paciente em estratégias compensatórias), desenvolvendo e aprendendo com o relacionamento terapêutico, en-

tendendo o desenvolvimento histórico e a manutenção de crenças centrais e modificando crenças centrais através de métodos “racionais” e experimentais (Beck et al., 1990; Layden et al., 1993; Young, 1990).

9. *Esquizofrenia*. Como um tratamento adicional em combinação com farmacoterapia, a terapia enfatiza a consideração de explicações alternativas para diversas experiências psicóticas (Chadwick & Lowe, 1990; Kingdon & Turkington, 1994; Perris et al., 1993).
10. *Problemas de casais*. A terapia enfatiza que os indivíduos assumam responsabilidade por modificar suas expectativas disfuncionais, crenças, interpretações e comportamento em direção ao seu parceiro (Baucom & Epstein, 1990; Beck, 1988; Dattilio & Padesky, 1990).
11. *Transtorno bipolar*. Como um tratamento adicional, a terapia enfatiza identificar precocemente episódios hipomaníacos e depressivos; estratégias para lidar com esses episódios; regularizar o sono, alimentação e níveis de atividade do paciente; reduzir a vulnerabilidade do paciente e a exposição a situações disparadoras e melhorar concordância à medicação (Palmer, Williams & Adams, 1994).

Essas descrições breves visam encorajar o leitor a buscar treinamento adicional (quer formalizado, quer auto-instruído) para transtornos mais complexos que requerem uma variação da terapia cognitiva padrão.

Em suma, o planejamento de um tratamento efetivo requer um diagnóstico idôneo, uma sólida formulação de caso em termos cognitivos e consideração das características e problemas do paciente individual. O tratamento é definido sob medida para o indivíduo; o terapeuta desenvolve uma estratégia geral, bem como um plano específico para cada sessão considerando o seguinte:

-
1. O(s) diagnóstico(s) do paciente.
 2. Uma conceituação de suas dificuldades (que ele verifica com o paciente para checar a precisão).
 3. As metas do paciente para a terapia
 - As preocupações mais prementes do paciente.
 - As metas do terapeuta para a terapia.
 4. O estágio da terapia.
 5. As características individuais de aprendizagem do paciente.
 6. A motivação do paciente.
 7. A natureza e a força da aliança terapêutica.
-

O terapeuta desenvolve e modifica continuamente um plano geral para tratamento entre as sessões e um plano mais específico antes de cada sessão e dentro de cada sessão.

17

PROBLEMAS NA TERAPIA

Problemas de um tipo ou de outro surgem com quase todos os pacientes em terapia cognitiva. Mesmo os terapeutas experientes que dominaram as técnicas encontram, às vezes, dificuldades em estabelecer uma aliança terapêutica, conceituar corretamente as dificuldades de um paciente e consistentemente trabalhar em direção a objetivos conjuntos. Uma meta razoável para um terapeuta é, portanto, não evitar totalmente os problemas, mas, antes, aprender a descobrir e especificar problemas, conceituar como eles surgiram e planejar como remediá-los.

É útil ver os problemas ou os pontos emperrados na terapia como oportunidades para o terapeuta refinar sua conceituação do paciente. Além disso, problemas na terapia freqüentemente fornecem *insights* sobre os problemas que o paciente experimenta fora do consultório. Finalmente, as dificuldades com um paciente oferecem uma oportunidade para o terapeuta refinar as suas próprias habilidades, promover sua flexibilidade e criatividade e adquirir novos entendimentos e perícia em ajudar outros pacientes, já que os problemas podem surgir não apenas devido às características do paciente, mas também devido às fraquezas relativas ao terapeuta. Este capítulo descreve como verificar a existência dos problemas e como conceituar e auxiliar os problemas nos pontos emperrados da terapia.

■ DESCOBRINDO A EXISTÊNCIA DE UM PROBLEMA

O terapeuta descobre a existência de um problema de diversas formas.

-
1. Ao escutar do paciente um *feedback* não solicitado.
 2. Ao solicitar diretamente o *feedback* do paciente, quer ele tenha ou não fornecido manifestações verbais ou não-verbais de um problema.
 3. Ao revisar as fitas de áudio ou vídeo de sessões de terapia com um colega, supervisor ou mesmo individualmente.
 4. Ao monitorar o progresso de acordo com os testes objetivos e o relato subjetivo do paciente a respeito do alívio dos sintomas.
-

A forma mais fácil de reconhecer que um problema surgiu em terapia é obviamente quando o paciente declara diretamente o problema (por exemplo, “Dr. X, eu não acho que você tenha entendido o que eu estou dizendo” ou “Eu entendo *intelectualmente* o que você está dizendo, mas não emocionalmente”). Muitos pacientes, no entanto, mencionam *indiretamente* um problema (por exemplo, “Eu entendo o que você está dizendo, mas eu não sei se eu poderia fazer isso de qualquer outro modo”, ou “Eu tentarei” [implicando acreditar que terá êxito ao realizar uma tarefa]). Nesses casos, o terapeuta questiona futuramente o paciente para apurar se um problema de fato existe e para determinar as suas dimensões.

Muitas vezes, no entanto, o paciente falha em relatar, quer direta ou indiretamente, um problema com a terapia. O terapeuta pode revelar os problemas aderindo à estrutura padrão da sessão (que inclui pedir ao paciente um *feedback* no final da sessão), periodicamente verificando a profundidade do entendimento do paciente durante a sessão e analisando os pensamentos automáticos do paciente quando ele percebe uma mudança de afeto durante a sessão.

Por exemplo, em certa ocasião, o terapeuta de Sally percebeu, através de indícios não-verbais (um olhar distante, movimentos inquietos na poltrona), que ela não estava processando totalmente o que ele estava dizendo ou que não concordava. Ele testou essa hipótese de diversas formas. Primeiro, como é padrão com todos os pacientes, ele tomou o cuidado de resumir com frequência durante as sessões ou pedir a Sally que resumisse. O terapeuta também a fez classificar o quanto ela acreditava no seu resumo (por exemplo, “Sally, nós estivemos falando sobre a idéia de que você não é totalmente responsável pela infelicidade do seu pai, embora você de fato tenha se mudado para longe. Quanto você acredita nisso agora?”).

O terapeuta checkou adiante o entendimento de Sally em diferentes pontos durante a sessão (por exemplo, “Está claro para você por que mais razões o seu pai poderia estar reagindo desse modo?... Você poderia colocar isso em suas próprias palavras?”). O terapeuta também certificou-se de obter o *feedback* no final da sessão (por exemplo, “Alguma coisa que eu disse hoje incomodou você?”... “Alguma coisa que você acha que não entendi bem?”). Porque ele imaginou que Sally poderia hesitar em dar-lhe um *feedback* negativo, também pediu muito especificamente por um *feedback* sobre uma *parte* da sessão durante a qual suspeitava que Sally poderia ter tido uma reação negativa: “Que tal quando eu sugeri que você poderia ser capaz de ser mais assertiva com o seu pai? Isso incomodou você?... Você acha que seria capaz de me contar se isso realmente *tivesse* incomodado você?”

Finalizando, o terapeuta pode tentar descobrir a existência de um problema na sessão seguinte. Essa investigação naturalmente se encaixa na parte da sessão na qual o terapeuta estabelece uma ponte entre a sessão atual e a anterior. O terapeuta de Sally, por exemplo, escutou a sua fita da terapia entre as sessões. Seu tom de voz em um ponto específico da fita o induziu a lhe perguntar a respeito disso na sessão seguinte: “Sally, eu fico pensando como você se sentiu, na semana passada, sobre o fato de eu lhe fazer algumas perguntas a respeito do seu relacionamento com o seu

pai?” Como a paciente não estava comprometida com sua resposta, o terapeuta colocou suas preocupações para ela diretamente: “Você sentiu que eu estava forçando-a demais ou que você estava sendo falsa com o seu pai?”

Em suma, o terapeuta busca aliviar ou descobrir os problemas dentro de uma sessão de terapia checando o entendimento do paciente, pedindo *feedback* e levantando os problemas suspeitos diretamente durante a própria sessão ou na sessão subsequente. Ele pode também pedir ao paciente para preencher uma avaliação completa por escrito de cada sessão (ver Capítulo 3, Figura 3.3) que ele pode discutir na sessão seguinte.

O terapeuta novato, no entanto, pode não estar ciente da existência de um problema na terapia e/ou ser menos capaz de especificar um problema precisamente. Ele deveria solicitar permissão para gravar em áudio sessões para revisar sozinho ou (preferencialmente) com um terapeuta cognitivo experiente. Em geral não é um problema obter o consentimento do paciente se o terapeuta o apresenta como sendo para o benefício do próprio processo de ajuda (por exemplo, “Sally, eu normalmente gravo as sessões dos meus pacientes. Então, eu posso escutá-las entre as sessões se eu acho que me ajudará a planejar melhor a terapia. Às vezes eu as mostro para um colega [ou supervisor] para obter um *feedback*. Isso está bem para você?”).

O terapeuta pode também descobrir a existência de um problema monitorando o progresso do paciente. Fazer o paciente preencher testes objetivos como o Inventário Beck de Depressão (ver Apêndice D) a cada semana ou fazer o paciente classificar seu humor de acordo com uma escala de 0 a 10 (ver Capítulo 3) no começo de cada sessão pode ajudar tanto o terapeuta como o paciente a medir tal progresso. Se os sintomas do paciente não se amenizam, o terapeuta pode sugerir essa falta de progresso como um item do roteiro e os dois podem colaborar em planejar uma direção mais efetiva na terapia.

Finalmente, o terapeuta continuamente tenta colocar-se no lugar do paciente, para sentir como ele vê o seu mundo e assim possivelmente revelar que obstáculos poderiam inibir sua habilidade de assumir uma perspectiva mais funcional de suas dificuldades (por exemplo, “Se eu fosse Sally, como eu me sentiria durante a terapia? O que eu pensaria quando o meu terapeuta dissesse _____ ou _____?”).

■ CONCEITUANDO OS PROBLEMAS

Tendo identificado a existência de um problema, o terapeuta conceitua o nível em que o problema ocorreu:

1. Isso é meramente um *problema técnico*? Por exemplo, uma técnica foi incorretamente empregada ou selecionada inapropriadamente?
2. Isso se trata-se de um *problema mais complexo com a sessão como um todo*? Por exemplo, o terapeuta identificou corretamente uma cognição disfuncional, mas então falhou efetivamente ao intervir?

-
3. Há um *problema contínuo entre as várias sessões*? Por exemplo, houve uma interrupção na colaboração?
-

Tipicamente, os problemas ocorrem em uma ou mais das seguintes categorias:

1. Diagnóstico, conceituação e planejamento de tratamento.
 2. Aliança terapêutica.
 3. Estrutura e/ou ritmo da sessão.
 4. Sociabilização do paciente.
 5. Lidar com pensamentos automáticos.
 6. Executar as metas terapêuticas nas sessões.
 7. Processamento do paciente sobre o conteúdo da sessão.
-

As perguntas a seguir podem ajudar o terapeuta e o supervisor a especificar a natureza de um problema terapêutico. Então, eles podem formular, priorizar e selecionar um ou mais objetivos específicos com os quais trabalhar.

Diagnóstico, Conceituação e Planejamento de Tratamento

Diagnóstico

1. Eu tenho um diagnóstico correto sobre os cinco eixos de acordo com o DSM mais recente?
2. Se apropriado, os diagnósticos primários e secundários estão na ordem adequada?
3. Poderia o paciente estar sofrendo de um problema orgânico não-diagnosticado?
4. Uma consulta para medicação seria indicada para esse paciente?

Conceituação

1. Eu tenho uma conceituação idônea concreta?
2. Eu posso expressar em palavras e no papel (talvez usando o Diagrama de Conceituação Cognitiva) como as reações do paciente (pensamentos automáticos, emoções, comportamentos, respostas fisiológicas) a situações atuais se relacionam a sua história, crenças e estratégias?
3. Eu continuamente refinei a minha conceituação com o paciente em momentos estrategicamente apropriados?
4. Eu compartilhei minha conceituação com o paciente em momentos estrategicamente apropriados?
5. Em caso positivo, a conceituação faz sentido e “ressoa” para o paciente?

Planejamento de Tratamento

1. Eu inicialmente orientei a terapia em direção ao transtorno primário Eixo I?
2. Eu alterei a terapia cognitiva padrão para o(s) transtorno(s) Eixo I (e/ou Eixo II) desse paciente? Eu usei a minha conceituação para planejar como adaptar a terapia para esse paciente específico?
3. Eu abordei a necessidade de uma mudança maior de vida quando se tornou claro que uma melhora apenas pela terapia seria insuficiente? (Este pode ser o caso, por exemplo, quando o paciente está em um relacionamento abusivo, quando suas condições de vida são intoleráveis ou quando seu emprego é bastante nocivo.)
4. Eu planejei apropriadamente o treinamento necessário de habilidades?
5. Eu incluí os familiares na terapia quando necessário?

Aliança Terapêutica

Colaboração

1. O paciente e eu estivemos verdadeiramente *colaborando*? Nós estamos funcionando como uma equipe? Ambos estamos trabalhando arduamente? Ambos nos sentimos responsáveis pelo progresso?
2. Nós estamos tomando decisões terapêuticas conjuntamente? Nós exitosamente negociamos tópicos como tarefa de casa, distribuição de tempo para itens do roteiro, etc.? Nós estivemos abordando os problemas que são de maior interesse para o paciente?
3. Eu orientei o paciente em um nível de anuência e controle apropriado na sessão de terapia?
4. Nós concordamos sobre as metas do paciente e a respeito das minhas para a terapia?
5. Eu supri um embasamento lógico para as minhas intervenções e tarefas de casa?

Feedback do Paciente

1. Eu regularmente peço o *feedback* ao paciente sobre a sessão?
2. Eu o encorajo a expressar-se e, então, avaliar suas dúvidas?
3. Eu monitoro o afeto do paciente durante a sessão e verifico os pensamentos automáticos quando o afeto do paciente muda?

Visão que o Paciente tem da Terapia

1. O paciente tem uma visão positiva da terapia e de mim?
2. Ele acredita, pelo menos um pouco, que a terapia o ajudará?
3. Ele me vê como competente, colaborativo e interessado?

Reações do Terapeuta

1. Eu me importo com esse paciente? Meu interesse foi transmitido para ele?

2. Eu me sinto competente para ajudar esse paciente? O meu senso de competência foi transmitido para ele?
3. Eu tenho pensamentos negativos sobre esse paciente ou sobre mim mesmo com relação a esse paciente? Eu avaliei e respondi a esses pensamentos?
4. Eu vejo os problemas na aliança terapêutica como uma oportunidade para o crescimento ou atribuição de culpa?
5. Eu projeto uma visão realista e otimista de como a terapia pode ajudar?

Estruturando e Dando o Ritmo da Sessão de Terapia

Roteiro

1. Nós estabelecemos um roteiro específico?
2. Nós fizemos isso colaborativamente com ambos contribuindo?
3. Nós estabelecemos o roteiro rapidamente?
4. Em vez de o paciente nomear seus tópicos do roteiro em poucas palavras, forneceu uma longa descrição?
5. O paciente nomeou o tópico do roteiro em vez de discutir o item em si?
6. Nós priorizamos os tópicos do roteiro?
7. Nós estabelecemos colaborativamente a distribuição de tempo para cada tópico?
8. Nós determinamos colaborativamente que tópico discutir primeiro?

Ritmo

1. Eu monitorei como nós despendemos o nosso tempo de terapia?
2. Nós distribuímos e despendemos uma quantidade de tempo apropriada para os elementos padrão da sessão: checagem de humor, breve revisão da semana, estabelecimento do roteiro, revisão de tarefa de casa, discussão de tópico(s) do roteiro, resumos periódicos, *feedback*?
3. Quando um tópico do roteiro ou elemento de sessão excedeu seu tempo, nós colaborativamente determinamos sobre continuar ou passar para o próximo item?
4. Se tópicos importantes surgiram à parte do roteiro original, nós decidimos colaborativamente o que fazer?
5. Nós despendemos tempo excessivo em discurso improdutivo?
6. Eu apropriada e gentilmente interrompi o paciente para orientar as nossas discussões em direção a tópicos mais frutíferos?
7. Nós deixamos tempo suficiente no final da sessão para resumir os pontos mais importantes, permitir que o paciente escreva novas conclusões, assegurar que o paciente entendeu e concordou com a nova tarefa de casa, obter *feedback* de uma forma não-superficial e para responder ao *feedback*?
8. Eu dei o ritmo à sessão com o objetivo de desativar as crenças centrais e reduzir as emoções negativas do paciente de modo que ele não partisse da sessão se sentindo excessivamente angustiado?

Sociabilizando o Paciente na Terapia Cognitiva

Modelo Cognitivo

1. O paciente entende e concorda com o modelo cognitivo?
2. Ele entende que os pensamentos distorcidos são um sintoma do seu transtorno?
3. Ele acredita que seus pensamentos sobre uma situação podem ser distorcidos?
4. Ele percebe que o pensamento distorcido influencia o seu humor e os seus comportamentos de formas disfuncionais?
5. Ele acredita que pode sentir-se melhor e comportar-se mais adaptativamente se ele avalia e modifica o seu pensamento disfuncional?
6. Ele acredita que é capaz de mudar?
7. Ele está disposto a fazer mudanças?

Expectativas

1. Quais são as expectativas do paciente sobre si mesmo e sobre mim na terapia?
2. Ele acredita que deveria ser capaz de resolver seus próprios problemas rápida e facilmente?
3. Ele espera que eu resolva seus problemas por ele?
4. Ele acredita que seus problemas podem ser resolvidos?
5. Ele entende seu papel e suas responsabilidades na terapia?
6. Ele entende que precisa assumir um papel ativo?
7. Ele colabora facilmente?
8. Ele entende que precisa aprender algumas determinadas ferramentas e habilidades e que deve usá-las?
9. Ele teme resolver problemas atuais porque, então, terá que enfrentar outros problemas (como escolha de carreira, decisões de relacionamento, etc.)?

Orientação Para a Resolução de Problemas

1. O paciente especifica problemas sobre os quais trabalhar?
2. Nós trabalhamos ativamente para resolver os problemas em vez de apenas descrevê-los?
3. O paciente estabeleceu metas específicas? Suas metas são realistas?
4. Ele entende como o trabalho de cada sessão está relacionado a essas metas?
5. Ele está tentando mudar alguém em vez de a si mesmo?

Tarefa de Casa

1. O paciente faz as tarefas de casa com cuidado?
2. Ele as vê como opcionais ou necessárias?
3. Ele faz a tarefa de casa apenas para me agradar?
4. Ele entende como a tarefa de casa se relaciona ao trabalho da sessão de terapia e as suas metas gerais?
5. Ele pensa sobre o nosso trabalho de terapia no transcorrer da semana?

6. A tarefa de casa foi bem projetada em torno de seus tópicos chave?

Lidando com os Pensamentos Automáticos

Identificando e Selecionando Pensamentos Automáticos Chaves

1. Nós identificamos as palavras e/ou imagens reais que passaram pela cabeça do paciente quando ele estava aflito?
2. Nós identificamos todos os pensamentos automáticos relevantes?
3. Nós selecionamos um pensamento para avaliar em um momento?
4. Nós escolhemos um pensamento que estava associado à aflição emocional?
5. Nós escolhemos um pensamento que era disfuncional ou propenso a ser distorcido?
6. Nós escolhemos um pensamento que, quando modificado, era propenso a ajudar o paciente a atingir sua meta ou resolver um problema? Ou seja, o pensamento era importante?

Respondendo aos Pensamentos Automáticos

1. Nós não apenas identificamos um pensamento automático chave, mas também o avaliamos e respondemos a ele?
2. Eu evitei assumir *a priori* que o pensamento era distorcido? Eu evitei meramente persuadir o paciente de que seu pensamento estava errado em vez de colaborativamente avaliar o pensamento?
3. Eu usei primeiramente o questionamento?
4. Se uma linha de questionamento foi inefetiva, eu tentei outros meios?
5. Eu evitei uma posição exageradamente desafiadora e/ou persuasiva?
6. Tendo colaborativamente formulado uma resposta alternativa, eu chequei para ver quanto o paciente acreditou nela? A aflição emocional do paciente reduziu?
7. Caso necessário, nós tentamos outras técnicas para reduzir a aflição do paciente? Caso necessário, nós marcamos esse pensamento automático para trabalho futuro?

Maximizando a Mudança Cognitiva

1. O paciente escreveu seus novos entendimentos mais funcionais?
2. Nós identificamos a distorção cognitiva?
3. Nós exploramos se o paciente cometeu distorções semelhantes no passado e previu distorções possíveis desse tipo no futuro?

Executando as Metas Terapêuticas nas Sessões

Identificar as Metas Terapêuticas Gerais e os Objetivos de Sessão a Sessão

1. Eu expressei apropriadamente essas metas para o paciente (se ele ainda não as estabeleceu por si mesmo?) Ele concorda com essas metas (por exemplo,

aprender a fazer Registros de Pensamentos Disfuncionais, a mudar como ele gasta o seu tempo e a utilizar uma variedade de técnicas de redução de ansiedade)?

2. Eu separei essas metas em objetivos intermediários de acordo com a fase da terapia na qual nós estamos?
3. Eu uso esses objetivos para orientar o estabelecimento do roteiro?
4. Eu uso os itens do roteiro do paciente para alcançar os meus objetivos sempre que apropriado?
5. Em uma determinada sessão, eu ajudei o paciente a identificar um problema importante para focalizar?
6. O problema é apropriado para o nível de funcionamento do paciente e para o seu estágio da terapia? Por exemplo, o problema está fortemente ligado a uma crença rígida para o progresso ser feito nessa sessão específica?
7. Nós dedicamos tempo para resolução de problemas *como* para reestruturação cognitiva?
8. Nós trabalhamos sobre a mudança comportamental *e* a mudança cognitiva como tarefa de casa?

Mantendo um Foco Consistente

1. Eu uso a descoberta orientada para ajudar o paciente a identificar as crenças relevantes?
2. Eu posso afirmar que crenças do paciente são mais centrais e quais são mais periféricas? O paciente concorda?
3. Eu exploro consistentemente o relacionamento de novos problemas com as crenças centrais ou nós pulamos de um problema para o seguinte ou de uma crença disfuncional para a seguinte sem relacioná-las à conceituação geral?
4. Nós estamos fazendo um trabalho consistente sustentado sobre as crenças centrais do paciente em cada sessão em vez de apenas intervenções em crises?
5. Ao discutir os eventos da sessão, eu ajudo o paciente a traduzir suas interpretações em formas de crenças?
6. Eu o ajudo a ver como essas crenças se relacionam aos seus problemas atuais?

Intervenções

1. Eu escolho intervenções com base nas minhas metas para a sessão e no roteiro do paciente?
2. Eu posso claramente declarar para mim mesmo tanto a crença disfuncional do paciente como uma crença mais funcional em direção à qual eu o estou orientando?
3. Eu verifiquei quão aflito o paciente se sentiu e/ou quão fortemente ele endossou um pensamento ou crença automático antes e após uma intervenção para que eu pudesse julgar quão exitosa a intervenção foi?

4. Se uma intervenção não foi relativamente exitosa, eu troquei de equipamento e tentei uma outra abordagem?
5. Eu conceituei por que a intervenção não foi relativamente exitosa? Foi devido à seleção ou implementação da técnica ou à força do pensamento disfuncional do paciente?

O Processamento do Paciente a Respeito do Conteúdo da Sessão

Monitorando o Entendimento do Paciente

1. Eu resumi (ou pedi ao paciente para resumir) freqüentemente durante a sessão?
2. Eu perguntei ao paciente se o conteúdo é claro e/ou pedi a ele que organizasse algumas conclusões em suas próprias palavras?
3. Eu estive alerta para sinais de confusão ou discordância não-verbais?

Conceituando os Problemas de Entendimento

1. Eu chequei as minhas hipóteses com o paciente?
2. Se ele tem dificuldade em entender o que eu estou tentando expressar, isso é devido a um erro que eu cometi?
3. Uma dificuldade de entendimento está relacionada ao nível de complexidade? À minha dificuldade em concretizar o problema? Ao meu vocabulário? À quantidade de material que eu estou apresentando em um segmento ou em uma sessão?
4. Uma dificuldade de entendimento é devido ao nível de aflição emocional do paciente na sessão de terapia? A distrações? A pensamentos automáticos que o paciente está tendo na sessão?

Maximizando a Consolidação da Aprendizagem

1. O que eu fiz para assegurar que o paciente lembrará de partes chaves da sessão de terapia durante a semana e até mesmo após a terapia ter terminado?
2. O paciente registrou pontos chaves por escrito ou em uma fita cassete?

■ OS PONTOS EMPERRADOS

Às vezes um paciente pode sentir-se melhor em sessões individuais, mas não parece estar fazendo progresso ao longo de várias sessões. O terapeuta experiente, em lugar das questões precedentes, pode primeiro desejar estabelecer cinco áreas-problemas chaves. Tendo determinado que ele tem um diagnóstico correto, conceituação e plano de tratamento adequados para o transtorno do paciente (e empregou corretamente as técnicas), o terapeuta avalia sozinho ou com um consultor o seguinte:

1. O paciente e eu temos uma *aliança terapêutica* sólida?
 2. Ambos temos uma idéia clara das metas do paciente para a terapia? O paciente está comprometido a trabalhar em direção as suas metas?
 3. O paciente acredita verdadeiramente no modelo cognitivo - que seu pensamento influencia o seu humor e o seu comportamento, que seu pensamento às vezes é disfuncional e que avaliar e responder a pensamento disfuncional positivamente afeta como ele se sente emocionalmente e como ele se comporta?
 4. O paciente está *sociabilizado* na terapia cognitiva - ele contribui para o roteiro, trabalha colaborativamente em direção a resolver problemas, faz tarefas de casa, fornece *feedback* ao terapeuta?
 5. A *biologia* do paciente (por exemplo, doença, efeitos colaterais de medicamentos ou nível inadequado de medicamento) ou seu *ambiente externo* (por exemplo, um parceiro abusivo, um emprego extremamente exigente ou um nível intolerável de pobreza ou crime em seu ambiente) estão interferindo no nosso trabalho?
-

■ REMEDIANDO OS PROBLEMAS NA TERAPIA

Dependendo do problema identificado, o terapeuta poderia considerar a conveniência de uma ou mais das seguintes medidas:

1. Fazer uma avaliação diagnóstica em maior profundidade.
2. Encaminhar o paciente para um exame físico ou neuropsicológico.
3. Refinar a conceituação do paciente por escrito e checá-la com o paciente.
4. Ler mais sobre o tratamento do(s) transtorno(s) do Eixo I (e do Eixo II) do paciente.
5. Buscar um *feedback* específico do paciente sobre sua experiência da terapia e do terapeuta.
6. Restabelecer as metas do paciente para a terapia (e possivelmente examinar as vantagens e desvantagens de alcançá-las).
7. Identificar e responder aos pensamentos automáticos do próprio terapeuta sobre esse paciente ou sobre sua habilidade como terapeuta.
8. Revisar o modelo cognitivo com o paciente e identificar quaisquer dúvidas ou mal-entendidos que ele possa ter.
9. Revisar o plano de tratamento com o paciente (e identificar suas preocupações ou dúvidas sobre ele).
10. Revisar as responsabilidades do paciente (e identificar as suas reações).

11. Enfatizar, estabelecer e revisar a tarefa de casa na sessão e ao longo da semana.
12. Trabalhar consistentemente sobre os pensamentos automáticos chaves, as crenças e os comportamentos entre sessões.
13. Verificar o entendimento do paciente sobre o conteúdo da sessão e fazê-lo registrar os pontos mais importantes.
15. Com base nas necessidades e preferências do paciente, mudar (em uma direção ou outra) o ritmo ou estrutura da sessão, a quantidade ou dificuldade do material coberto, o grau de empatia expressado pelo terapeuta, o grau no qual o terapeuta é didático ou persuasivo e/ou o foco relativo sobre a resolução de problemas.

O terapeuta deveria monitorar seus próprios pensamentos e humor ao buscar conceituar e remediar problemas na terapia porque suas cognições podem às vezes interferir com a resolução de problemas. E provável que todos os terapeutas, ao menos ocasionalmente, tenham pensamentos negativos sobre pacientes, a terapia e/ou sobre si mesmos como terapeutas. Algumas suposições típicas do terapeuta que interferem com o fazer mudanças na forma da terapia incluem as seguintes:

“Se eu interromper o paciente, ele pensará que eu o estou controlando.” “Se eu estruturar a sessão com um roteiro, eu perderei algo importante.” “Se eu gravar uma sessão em cassete, eu ficarei muito autoconsciente.” “Se o meu paciente ficar aborrecido comigo, ele abandonará a terapia.”

Finalizando, o terapeuta que encontra um problema em terapia tem uma opção. Ele pode catastrofizar sobre o problema e/ou incriminar-se ou ao paciente. Alternativamente, ele pode transformar o problema em uma oportunidade para refinar suas habilidades de conceituação e planejamento de tratamento e para melhorar sua perícia técnica e sua habilidade de variar a terapia de acordo com as necessidades específicas de cada paciente em questão.

18

PROGREDINDO COMO TERAPEUTA COGNITIVO

Este capítulo esboça brevemente medidas para iniciar a prática da terapia cognitiva padrão. Conforme mencionado no Capítulo 1, você é solicitado a adquirir experiência com as técnicas básicas da terapia cognitiva praticando-as você mesmo antes de fazer isso com os pacientes. (Ver Apêndice D para informações sobre obter minutas, testes e folhetos para pacientes.) Experimentar as técnicas você mesmo permite que corrija dificuldades na aplicação e colocar-se no papel do paciente lhe permite a oportunidade de identificar obstáculos (práticos ou psicológicos) que interferem com o efetuar tarefas. No mínimo, se você deseja tornar-se proficiente em terapia cognitiva, você deveria fazer o seguinte (se é que você já não fez):

1. Monitore os seus humores e identifique seus pensamentos automáticos quando você experimenta disforia.
2. Escreva os seus pensamentos automáticos. Se você omitir esse passo, você estará privando-se da oportunidade de descobrir obstáculos potenciais que os seus pacientes podem ter ao escrever os pensamentos *deles*: falta de oportunidade, motivação, tempo, energia e esperança. Ao fazer coisas como designar tarefa de casa na sessão, você pode fazer uma rápida comparação entre você mesmo e o paciente. Você pensa “Eu teria dificuldade em fazer essa tarefa? Do que eu precisaria para me tornar motivado? Essa tarefa é razoável? O que interferiria em que eu a fizesse? Eu a entenderia se ela me tivesse sido apresentada dessa forma? Eu preciso apresentá-la de uma forma lenta (ou detalhada)?” Em outras palavras, o seu progresso como terapeuta cognitivo é facilitado se você traz um entendimento de si mesmo e da natureza humana em geral para a terapia.
3. Identifique os seus pensamentos automáticos que interferem em efetuar a medida número 2. Pensamentos como “Eu não tenho que escrever os meus pensamentos automáticos” ou “Eu sei isso. Eu posso fazer isso na minha cabeça” tendem a impedir o seu progresso. Uma boa resposta adaptativa seria reconhecer a verdade parcial desses pensamentos, mas enfatizar as vantagens de comportar-se de outra forma: “É verdade que eu provavelmente me viraria sem usar as ferramentas da terapia cognitiva em mim mesmo. Mas

também é verdade que eu provavelmente aprenderei consideravelmente *mais* se eu seguir adiante e escrever as coisas. Eu entenderei melhor por que os meus pacientes têm dificuldade se eu mesmo passar pelo mesmo processo primeiro, para ver como é a sensação e localizar os pontos problemáticos potenciais. O que tem de mais, de qualquer modo? Levará apenas alguns minutos.”

4. Uma vez que você se tenha tornado proficiente em identificar os seus pensamentos e emoções automáticos, comece fazendo um Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD) por dia quando você perceber que o seu humor está mudando. Preste atenção, no entanto, que, se os seus pensamentos não forem muito distorcidos ou se você tender a automaticamente responder de forma adaptativa aos seus pensamentos na sua cabeça, fazer um RPD pode não conduzir à muita redução de disforia. (Lembre que o terapeuta cognitivo não tenta *eliminar uma* emoção negativa; ele apenas tenta reduzir graus *disfuncionais* de emoção.) Porém, quer você se beneficie ou não pessoalmente de fazer RPDs, praticar sua elaboração aguçará a sua habilidade para ensinar seus pacientes a fazê-los.
5. Preencha a metade inferior do Diagrama de Conceituação Cognitiva usando três situações típicas nas quais você se sentiu disfórico. Se você tiver dificuldade em especificar a situação, identificar os seus pensamentos ou emoções ou descobrir o sentido dos seus pensamentos, releia os capítulos relevantes neste livro.
6. Continue a preencher a metade superior do Diagrama de Conceituação Cognitiva. Quando você se sentir aflito, verifique se há por trás um tema na categoria de não-valorização ou de desamparo. Uma vez que você tenha identificado uma crença central, preencha os outros espaços.
7. A seguir, usando uma crença central identificada em exercícios anteriores, preencha uma Minuta de Crenças Centrais. Examine a sua interpretação de situações para determinar se você está distorcendo evidências para apoiar uma crença central negativa e/ou se você está ignorando ou desconsiderando algumas evidências contrárias a essa crença central. Nota: Esse exercício pode não afetar o seu sistema de crenças se você tiver crenças positivas compensatórias que estão continuamente ativadas, mas preencher a minuta pelo menos o tornará mais familiarizado com ela e mais propenso a usá-la efetivamente com outros.
8. Experimente algumas outras técnicas básicas: monitoração de atividade e agendamento, diários de autodeclaração positiva, responder à construção de imagens espontâneas, agir “como se”, a minuta de resolução de problemas, escrever e reler cartões de enfrentamento, fazer comparações disfuncionais do *self* e escrever vantagens e desvantagens ao tomar uma decisão.
9. Tendo você mesmo usado algumas ferramentas conceituais fundamentais e de tratamento, escolha um paciente simples, não tão complexo para a

sua primeira tentativa de terapia cognitiva. Se você selecionar um paciente difícil, o tratamento padrão, conforme descrito neste livro, pode ser inapropriado (ver Capítulo 16). O paciente ideal para uma primeira experiência com terapia cognitiva é um que tenha uma depressão unipolar simples, um transtorno de ansiedade generalizada ou um transtorno de ajustamento, sem nenhum diagnóstico do Eixo II. É preferível começar com um paciente novo em vez de com um a quem você tenha estado tratando por um tempo, usando uma orientação terapêutica diferente. Também é desejável tratar esse paciente de acordo com as diretrizes apresentadas neste livro, do modo mais puro possível. Um nota de advertência: terapeutas que são experientes em uma modalidade diferente são freqüentemente tentados a retroceder para habilidades anteriormente adquiridas que criam obstáculos no tratamento com terapia cognitiva.

10. Obtenha consentimento escrito para gravar as sessões de terapia em áudio ou vídeo. Revisar as fitas de terapia sozinho, com um colega ou supervisor é essencial para progredir. Uma ferramenta indispensável para avaliar as suas fitas é a Escala e Manual de Terapia Cognitiva (ver Apêndice D). Ela é usada extensivamente por supervisores de terapia cognitiva para ajudar estagiários a avaliar seu trabalho e planejar uma melhora clínica.
11. Continue, ao longo desse processo, a ler mais sobre terapia cognitiva; consulte as listas de leitura nos apêndices B e C. Certifique-se de ler folhetos, artigos ou livros escritos para pacientes para que você seja capaz de sugerir leituras biblioterapêuticas para eles.
12. Busque oportunidades para treinamento e supervisão, quer localmente, quer através do *Beck Institute for Cognitive Therapy and Research* (ver Apêndice D).
13. Finalizando, considere associar-se e assistir a conferências da *International Association for Cognitive Psychotherapy*, a *Association for Advancement of Behavior Therapy*, a *European Association of Behavior and Cognitive Therapy* ou associações locais de terapia cognitiva e comportamental. Ver Apêndice D para os endereços dessas organizações.

Apêndice A

RELATÓRIO DE RESUMO DE CASO

Nome do terapeuta: J. Beck Nome do paciente: Sally R. Data: 2/10

I. Informações de identificação

Sally é uma estudante universitária branca, 18 anos, vivendo em um alojamento de calouros com uma colega de quarto.

II. Diagnósticos (DSM-IV)

- Eixo I: *Depressão maior, episódio único, moderado 296.22*
- Eixo II: *Nenhum transtorno de personalidade*
- Eixo III: *Nenhum transtorno nas condições físicas*
- Eixo IV: *Severidade de estressores psicossociais: suave (sair de casa pela primeira vez)*
- Eixo V: *Avaliação global de funcionamento: atual 60; ano anterior 85*

III. Escores objetivos

	Entrada	Sessão nº	Sessão nº	Sessão nº	Sessão nº	Sessão nº	Última Sessão
BDI*	27						
BAI*	15						
BHS*	15						
OUTRO							

**Tendência geral
dos escores:**

* BDI (Beck Depression Inventory);
BAI (Beck Anxiety Inventory);
BHS (Beck Hopelessness Scale).

IV. Problemas atuais e funcionamento atual

Reclamações de depressão, ansiedade, dificuldades de concentração, retração social, aumento de sono, autocrítica. Frequenta aulas, mas tem dificuldade em estudar, fazer trabalhos e procura evitar problemas com a colega de quarto.

V. Perfil de desenvolvimento

A. História (familiar, social, educacional, médica, psiquiátrica, vocacional)

Mais nova de dois filhos em uma família estruturada.

Sempre teve vários amigos.

Notas entre na média e boas na escola; alguma ansiedade em relação a notas.

Nenhum problema médico importante; nenhuma história psiquiátrica prévia; bom registro de trabalho (temporário) no ano anterior.

B. Relacionamentos (pais, irmãos, pares, figuras de autoridade, outros significativos)

Mãe foi (e é) altamente crítica em relação a Sally; o pai deu/dá mais apoio, mas não esteve fisicamente muito presente (em função de um emprego exigente).

Dava-se bem com o irmão apesar da diferença de idade de 5 anos.

Temia os professores severos.

C. Eventos significativos e traumas

Pais discutiam muito.

Professora severa na segunda série (Eu fiquei com medo o ano inteiro)

Leve trauma: criticismo pela mãe.

Autocrítica por não estar à altura do irmão.

VI. Perfil cognitivo

A. O modelo cognitivo conforme aplicado a essa paciente

1. Problemas/situações problemáticas atuais típicas:

Estudar e escrever trabalhos.

Tornar-se ativa em aula e fazer testes.

Retração social.

Falta de assertividade com a colega de quarto, professores.

Despender tempo demais na cama.

2. Pensamentos automáticos, afeto e comportamento típicos nessas situações:

Eu não consigo fazer isso; Eu sou mesmo um fracasso; Eu jamais conseguirei ficar aqui. → Tristeza

E se eu não passar no teste; e se o professor assistente não me ajudar, eu poderia repetir a matéria. → Ansiosa

Eu deveria estar fazendo mais, fazendo melhor. → Culpada

B. Crenças centrais

Eu sou incapaz/incompetente.

C. Crenças condicionais

Se eu não for muito bem, então eu falhei.

Se eu falho na escola, eu sou um fracasso como pessoa.

Se eu peço ajuda, eu sou fraco.

D. Regras (deveria/tenho que aplicadas a si/outros)

Eu devo trabalhar arduamente.

Eu devo corresponder ao meu potencial.

Eu devo superar os obstáculos.

VII. Integração e conceituação de perfis cognitivos e desenvolvimentais**A. Formulação de autoconceito e conceito de outros**

Sally via-se como capaz em algumas coisas, mas como incapaz e incompetente em outras.

Ela superestimava os pontos fortes dos outros (irmão, amigos) e subestimava os seus.

B. Integração de eventos de vida e vulnerabilidades cognitivas

Sally sempre foi vulnerável a ver-se como incapaz. Sua mãe, altamente crítica, reforçou as suas crenças de que ela era incompetente. Ademais, Sally continuamente comparava-se desfavoravelmente com seu irmão, o qual (por ser 5 anos mais velho) podia fazer quase tudo melhor do que ela.

C. Estratégias compensatórias e de enfrentamento

Mantém altas expectativas para si própria.

Trabalha arduamente.

É superatenta para as próprias falhas.

Evita buscar ajuda.

D. Desenvolvimento e manutenção do transtorno atual

Transtorno depressivo foi precipitado por sair de casa para ir para a faculdade e experimentar alguma dificuldade inicial em seus cursos. A ansiedade provavelmente interferiu com o estudo ativo; então Sally tornou-se bastante autocrítica e disfórica. À medida que ela se retraiu de atividades e amigos, a ausência de input positivo contribuiu para seu humor baixo.

VIII. Implicações para a terapia

A. Adequação para intervenções cognitivas (classifique baixa, média ou alta; acrescente comentários, quando aplicável):

1. Mentalidade psicológica - *alta*
2. Objetividade - *alta*
3. Percepção - *média/alta*
4. Crença no modelo cognitivo - *média/alta*
5. Acessibilidade e plasticidade dos pensamentos automáticos e de crenças - *média*
6. Adaptatividade - *alta*
7. Humor - *baixo (na entrada)*

B. Organização de personalidade: sociotrópica versus autônoma

Mais alta em autonomia do que em sociotropia.

Coloca alto valor sobre conquistas, vê o fato de pedir ajuda como uma fraqueza.

Média em sociotropia; valoriza amizades, preocupada sobre como os outros a vêem.

C. Motivação do paciente, metas e expectativas para a terapia

Muito motivada, tinha apenas expectativas vagas para a terapia, mas concorda com o modelo de tornar-se a sua própria terapeuta.

Metas:

Melhorar notas na faculdade

Reduzir preocupação sobre testes

Encontrar mais pessoas

Participar de atividades escolares e/ou conseguir um emprego em meio expediente

D. Metas do Terapeuta

Reduzir autocrítica.

Ensinar ferramentas cognitivas básicas, RPD, etc.

Reduzir tempo na cama.

Fazer a resolução de problemas em torno de estudo, provas, testes.

E. Dificuldades previstas e modificações da terapia cognitiva padrão.

Nenhuma.

Apêndice B

UMA LISTA DE LEITURA BÁSICA SOBRE TERAPIA COGNITIVA PARA TERAPEUTAS

■ LIVROS, CAPÍTULOS E ARTIGOS EM PERIÓDICOS

BECK, A. T. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.

_____. *Love is never enough*. New York: Harper & Row, 1988.

_____. Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, p. 368-375, 1991.

BECK, A. T.; EMERY, G. (with GREENBERG, R.L.). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books, 1985.

BECK, A. T.; FREEMAN, A.; associates. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press, 1990.

BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979.

BECK, A. T.; WRIGHT, F. D.; NEWMAN, C. F.; LIESE, B. S. *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press, 1993.

CLARK, D. M. Anxiety states: Panic and generalized anxiety. In: HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P. M.; KIRK, J.; CLARK, D. M. (eds.). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*, p.52-96. Oxford: Oxford University Press, 1989.

DATTILIO, F. M.; PADESKY, C. A. *Cognitive therapy with couples*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, 1990.

EDWARDS, D. J. A. Cognitive restructuring through guided imagery: Lessons from Gestalt therapy. In: FREEMAN, A.; SIMON, K. M.; BEUTLER, L. E.; ARKOVITZ, H. (eds.). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*, p. 283-298. New York: Plenum Press, 1989.

- EPSTEIN, N.; SCHLESINGER, S. E.; DRYDEN, W. *Cognitive-behavioral therapy with families*. New York: Brunner/Mazel, 1988.
- FENNELL, M. J. V. Depression. In: HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P. M.; KIRK, J.; CLARK, D. M. (eds.). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*, p.169-234. Oxford: Oxford University Press, 1989.
- FREEMAN, A. (ed.). *Cognitive therapy with couples and groups*. New York: Plenum Press, 1983.
- FREEMAN, A.; DATILIO, F. M. (eds.). *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press, 1992.
- FREEMAN, A.; PRETZER, J.; FLEMING, B.; SIMON, K. M. *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press, 1990.
- FREEMAN, A.; SIMON, K. M.; BEUTLER, L. E.; ARKOVITZ, H. (eds.). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press, 1989.
- GARNER, D. M.; BEMIS, K. M. Cognitive therapy for anorexia nervosa. In: GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. (eds.). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, p.107-146. New York: Guilford Press, 1985.
- HAWTON, K.; SALKOVSKIS, E. M.; KIRK, J.; CLARK, D. M. (eds.). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press, 1989.
- HOLLON, S. D.; BECK, A. T. Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In: BERGIN, A. E.; GARFIELD, S. L. (eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, 4ªed., p.428-466. New York: Wiley, 1993.
- KUEHLWEIN, K. T; ROSEN, H. (eds.). *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice*. San Francisco: Jossey-Bass, 1993.
- LAYDEN, M. A.; NEWMAN, C. E; FREEMAN, A.; MORSE, S. B. *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 1993.
- MCMULLIN, R. E. *Handbook of cognitive therapy techniques*. New York: W. W. Norton, 1986.
- PERSONS, J. B. *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: W. W. Norton, 1989.
- SAFRAN, J. D.; VALLIS, T. M.; SEGAL, Z. V.; SHAW, B. F. Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10, p.509-526, 1986.
- SCOTT, J.; WILLIAMS, J. M. G.; BECK, A. T. (eds.). *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*. New York: Routledge, 1989.

WRIGHT, J. H.; BECK, A. T. Cognitive therapy. In: HALES, R. E.; TALBOTT, J. A.; YUDOFKY, S. C. (eds.). *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry*, 2.ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, s.d.

WRIGHT, J.; THASE, M.; BECK, A. T.; LUDGATE, J. (eds.). *Cognitive therapy with inpatients*. New York: Guilford Press, 1993.

YOUNG, J. E. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, 1990.

■ PERIÓDICOS

Cognitive and Behavioral Practice. Publicada pela Association for Advancement of Behavior Therapy.

Cognitive Therapy and Research. Publicada pela Plenum Press, New York.

Journal of Cognitive Psychotherapy, an International Quarterly. Publicada pela Springer, New York; também disponível através da IACP (veja Apêndice D).

The Behavior Therapist. Publicada pela Association for Advancement of Behavior Therapy, New York.

■ CARTA DE NOTÍCIAS

International Association for Cognitive Psychotherapy Newsletter. Disponível através da IACP (veja Apêndice D)

Apêndice C

LISTA DE LEITURA BÁSICA SOBRE TERAPIA COGNITIVA PARA PACIENTES (E TERAPEUTAS)

- BECK, A. T. *Love is never enough*. New York: Harper & Row, 1988.
- BECK, A. T.; GREENBERG, R. L. *Coping with depression* (rev. ed.). Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, 1995.
- BECK, A. T.; EMERY, G. *Coping with anxiety and panic* (rev. ed.). Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, 1995.
- BRICKER, D. C.; YOUNG, J. E. *A client's guide to schema-focused cognitive therapy*. New York: Cognitive Therapy Center of New York, 1991.
- BURNS, D. D. *Feeling good: The new mood therapy*. New York: New American Library, 1980.
- _____. *The feeling good handbook: Using the new mood therapy in everyday life*. New York: William Morrow, 1989.
- GREENBERG, R. L.; BECK, A. T. *Panic attacks: How to cope, how to recover* (rev. ed.). Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, 1995.
- GREENBERG, D.; PADESKY, C. *Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients*. New York: Guilford Press, 1995.
- MCKAY, M.; FANNING, P. *Self-esteem*. Oakland, CA: New Harbinger, 1987.
- _____. *Prisoners of belief*. Oakland, CA: New Harbinger, 1991.
- MORSE, S. B.; MORSE, M.; NACKOUL, K. *Cognitive principles and techniques: a video series and workbooks*. Albuquerque, NM: Creative Cognitive Therapy Productions, 1992.
- YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. *Reinventing your life: How to break free of negative life patterns*. New York: Dutton, 1994.

Apêndice D

RECURSOS DE TERAPIA COGNITIVA

■ PROGRAMAS DE TREINAMENTO

O Instituto Beck para Terapia Cognitiva e Pesquisa, na Filadélfia, oferece programas internos e externos de treinamento.

Beck Institute for Cognitive Therapy and Research
GSB Building, Suite 700
City Line and Belmont Avenues
Bala Cynwyd, PA 19004-1610
USA
Fone: 610/664-3020 Fax: 610/664-4437

■ MATERIAIS PARA TERAPEUTAS E PACIENTES

Os materiais a seguir podem ser encomendados do *Beck Institute* no endereço supracitado:

Folhetos para pacientes
Pacotes de Minutas
Escala de Classificação e Manual de Terapia Cognitiva
Livros, fitas de vídeo e fitas de áudio por Aaron T. Beck, M.D.
Folheto do Programa de Treinamento do *Beck Institute*
Catálogo Educacional do *Beck Institute*
Informações sobre o Programa de Computador Interativo de Terapia Cognitiva para Pacientes desenvolvido por Jesse Wright, M.D. e Aaron T. Beck, M.D.

■ MATERIAIS DE AVALIAÇÃO

As escalas e manuais a seguir podem ser encomendados da The Psychological Corporation, 555 Academic Court, San Antonio, TX, 78204-9990, 1-800-2280752:

Inventário e Manual Beck de Depressão

Inventário Beck de Ansiedade

Escala Beck de Desamparo

Escala Beck para Ideação Suicida

Inventários Beck para crianças estão em desenvolvimento e estarão disponíveis futuramente na *The Psychological Corporation*.

■ ORGANIZAÇÕES PROFISSIONAIS DE TERAPIA COGNITIVA

International Association for Cognitive Psychotherapy

Beck Institute for Cognitive Therapy

GSB Building, Suite 700

City Line and Belmont Avenues

Bala Cynwyd, PA 19004-1610

USA

Telefones: 610/664-3020 Fax: 610/664-4437

Association for Advancement of Behavior Therapy

305 Seventh Avenue

New York, NY 10001-6008

USA

Telefones: 212/279-7970

European Association of Behavior and Cognitive Therapy

Rod Holland

Northwick Park Hospital & Clinical Research Centre

Watford Road, Harrow

Middlesex HA13VJ

United Kingdom

REFERÊNCIAS

- AGRAS, W. S.; ROSSITER, E. M.; ARNOW, B.; SCHNEIDER, J. A.; TELCH, C. F.; RAEBURN, S. D.; BRUCE, B.; PERL, M.; KORAN, L. M. Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, nº 149, p.82-87, 1992.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4.ed. Washington, DC: Author, 1994.
- ARNKOFF, D. B.; GLASS, C. R. Cognitive therapy and psychotherapy integration. In: FREEDHEIM, D. K. (ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (p.657-694). Washington, DC: American Psychological Association, 1992.
- BARLOW, D.; CRASKE, M., CERNEY, J. A.; KLOSKO, J. S. Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior therapy*, 20, p.261-268, 1989.
- BAUCOM, D.; EPSTEIN, N. *Cognitive-behavioral marital therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1990.
- BAUCOM, D.; SAYERS, S.; SCHER, T. Supplementary behavioral marital therapy with cognitive restructuring and emotional expressiveness training: An outcome investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, nº 58, p.636-645, 1990.
- BECK, A. T. Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, p.561-571, 1964.
- _____. *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- _____. Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In: RACHMAN, S.; MASER, J. (eds.). *Panic: Psychological perspectives*, p.91-109. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1987.
- _____. *Love is never enough*. New York: Harper & Row, 1988.
- _____. Cognitive aspects of personality disorders and their relation to syndromal disorders: A psychoevolutionary approach. In: CLONINGER, C. R. (ed.). *Personality and psychopathology*. Washington, DC: American Psychiatric Press. (s.d.)

- BECK, A. T.; EMERY, G. (with GREENBERG, R. L.). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books, 1985.
- BECK, A. T.; FREEMAN, A. & ASSOCIATES. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press, 1990.
- BECK, A. T.; GREENBERG, R. L. *Coping with depression*. Bala Cynwyd, PA: Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, 1974.
- BECK, A. T.; STEER, R. A. *Manual for the revised Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, 1987.
- BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, 1979.
- BECK, A. T.; SOKOL, L.; CLARK, D. A.; BERCHICK, R. J.; WRIGHT, F. D. A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149 (6), p.778-783, 1992.
- BECK, A. T.; WRIGHT, F. W.; NEWMAN, C. F.; LIESE, B. *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press, 1993.
- BEDROSIAN, R. C.; BOZICAS, G. D. *Treating family of origin problems: A cognitive approach*. New York: Guilford Press, 1994.
- BENSON, H. *The relaxation response*. New York: Avon, 1975.
- BEUTLER, L. E.; SCOGIN, F.; KIRKISH, P.; SCHRETLEN, D.; CORBISHLEY, A.; HAMBLIN, D.; MEREDITH, K.; POTTER, R.; BAMFORD, C. R.; LEVENSON, A. I. Group cognitive therapy and alprazolam in the treatment of depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, p.550-556, 1987.
- BOWERS, W. A. Treatment of depressed inpatients: Cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication, and medication alone. *British Journal of Psychiatry*, 156, p.73-78, 1990.
- _____. Cognitive therapy for eating disorders. In: WRIGHT, J.; THASE, M.; BECK, A. T.; LUDGATE, J. (ed.). *Cognitive therapy with inpatients*. p.337-356. New York: Guilford Press, 1993.
- BURNS, D. D. *Feeling good: The new mood therapy*. New York: Signet, 1980.
- _____. *The feeling good handbook: Using the new mood therapy in everyday life*. New York: Morrow, 1989.
- BUTLER, G. Phobic disorders. In: HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P. M.; KIRK, J.; CLARK, D. M. (ed.). *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide*, p.97-128. New York: Oxford University Press, 1989.

- BUTLER, G.; FENELL, M.; ROBSON, D.; GELDER, M. Comparison of behavior therapy and cognitive-behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, p.167-175, 1991.
- CASEY, D. A.; GRANT, R. W. Cognitive therapy with depressed elderly inpatients. In: WRIGHT, J.; THASE, M.; BECK, T. A.; LUDGATE, J. (eds.). *Cognitive therapy with inpatients*, p.295-314. New York: Guilford Press, 1993.
- CHADWICK, P. D. J.; LOWE, C. F. Measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, p.225-232, 1990.
- CLARK, D. M. Anxiety states: Panic and generalized anxiety. In: HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P. M.; KIRK, J.; CLARK, D. M. (eds.). *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide*, p.52-96. New York: Oxford University Press, 1989.
- CLARK, D. M.; SALKOVSKIS, M.; HACKMANN, A.; MIDDLETON, H.; GELDER, M. A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, p.759-769, 1992.
- DANCU, C. V.; FOA, E. B. Posttraumatic stress disorder. In: FREEMAN, A.; DATTILIO, F. M. (eds.). *Comprehensive casebook of cognitive therapy*, p.79-88. New York: Plenum Press, 1992.
- DATTILIO, F. M.; PADESKY, C. A. *Cognitive therapy with couples*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, 1990.
- DAVIS, M.; ESHELMAN, E. R.; MCKAY, M. *The relaxation and stress reduction workbook*. Oakland, CA: New Harbinger, 1988.
- DOBSON, K. S. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, p.414-419, 1989.
- EDWARDS, D. J. A. Cognitive restructuring through general guided imagery: Lessons from Gestalt therapy. In: FREEMAN, A.; SIMON, K. M.; BEUTLER, L. E.; ARKOWITZ, H. (eds.). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*, p.283-297. New York: Plenum Press, 1989.
- ELLIS, A. *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart, 1962.
- EPSTEIN, N.; SCHLESINGER, S. E.; DRYDEN, W. *Cognitive-behavioral therapy with families*. New York: Brunner/Mazel, 1988.
- EVANS, J. M. G.; HOLLON, S. D.; DERUBEIS, R. J.; PIASECKI, J. M.; GROVE, W. M.; GARVEY, M. J.; TUASON, V. B. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacology for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, p.802-808, 1992.
- FAIRBURN, C. G.; COOPER, P. J. Eating disorders. In: HAWTON, K.; SALKOVSKIS, P. M.; KIRK, J.; CLARK, D. M. (eds.). *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide*, p.277-314. New York: Oxford University Press, 1989.

- FAIRBURN, C. G.; JONES, R.; PEVELER, R. C.; HOPE, R. A.; DOLL, H. A. Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, p.463-469, 1991.
- FREEMAN, A.; DATILIO, E. M. (eds.). *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press, 1992.
- FREEMAN, A.; PRETZER, J.; FLEMING, B.; SIMON, K. M. *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press, 1990.
- FREEMAN, A.; SCHRODT, G.; GILSON, M.; LUDGATE, J. Group cognitive therapy with inpatients. In: WRIGHT, J.; THASE, M.; BECK, A. T.; LUDGATE, J. (eds.). *Cognitive therapy with inpatients*, p.121-153. New York: Guilford Press, 1993.
- FREEMAN, A.; SIMON, K. M.; BEUTLER, L. E.; ARKOWITZ, M. (eds.). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press, 1989.
- FREMOUW, W. J.; DE PERCZEL, N.; ELLIS, T. E. *Suicide risk: Assessment and response*. New York: Pergamon Press, 1990.
- GARNER, D. M.; BEMIS, K. M. Cognitive therapy for anorexia nervosa. In: GARNER, D. M.; GARFINKEL, P. E. (eds.). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*, p.107-146. New York: Guilford Press, 1985.
- GARNER, D. M.; ROCKERT, W.; DAVIS, R.; GARNER, M. V.; OLMSTEAD, M. P.; EAGLE, M. Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150, p.37-46, 1993.
- GELERNTER, C. S.; UHDE, T. W.; CIMBOLIC, P.; ARNKOFF, D. B.; VITTONE, B. J.; TANCER, M. E.; BARTKO, J. J. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment of social phobia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 48, p.938-945, 1991.
- GOLDSTEIN, A.; STAINBACK, B. *Overcoming agoraphobia: Conquering fear of the outside world*. New York: Viking Penguin, 1987.
- GREENBERG, D.; PADESKY, C. *Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients*. New York: Guilford Press, 1995.
- GOLDSTEIN, A.; STAINBACK, B. *Overcoming agoraphobia: Conquering fear of the outside world*. New York: Viking Penguin, 1987.
- GUIDANO, V. F.; LIOTTI, G. *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press, 1983.
- HEIMBERG, R. G. Cognitive behavior therapy (for social phobia). In: BELLACK, A. S.; HERSEN, M. (eds.). *Comparative handbook of treatments for adult disorders*, p.203-218. New York: Wiley, 1990.

- HEIMBERG, R. G.; DODGE, C. S.; HOPE, D. A.; KENNEDY, C. R.; ZOLLO, L. J.; BECKER, R. E. Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, p.1-23, 1990.
- HOLLON, S. D.; BECK, A. T. Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In: BERGIN, A. E.; GARFIELD, S. L. (eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, 4.ed., p.428-466. New York: Wiley, 1993.
- HOLLON, S. D.; DERUBEIS, R. J.; SELIGMAN, M. E. P. Cognitive therapy and the prevention of depression. *Applied and Preventive Psychiatry*, 1, p.89-95, 1992.
- JACOBSON, E. *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press, Midway Reprint, 1974.
- KINGDON, D. G.; TURKINGTON, D. *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. New York: Guilford Press, 1994.
- KNELL, S. M. *Cognitive-behavioral play therapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1993.
- LAYDEN, M. A.; NEWMAN, C. E.; FREEMAN, A.; MORSE, S. B. *Cognitive therapy of borderline personality disorder*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 1993.
- LAZARUS, A. *Multimodal behavior therapy*. New York: Springer, 1976.
- MAHONEY, M. *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books, 1991.
- MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. (eds.). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press, 1985.
- MCKAY, M.; FANNING, P. *Prisoner of belief*. Oakland, CA: New Harbinger, 1991.
- MCMULLIN, R. E. *Handbook of cognitive therapy techniques*. New York: W. W. Norton, 1986.
- MEICHENBAUM, D. *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press, 1977.
- MILLER, I. W.; NORMAN, W. H.; KEITNER, G. I.; BISHOP, S. B.; DOW, M. G. Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients. *Behavior Therapy*, 20, p.25-47, 1989.
- MILLER, P. The application of cognitive therapy to chronic pain. In: VALLIS, T. M.; HOWES, J. L.; MILLER, P. C. (eds.). *The challenge of cognitive therapy: Application to nontraditional populations*, p.159-182. New York: Plenum Press, 1991.
- MORSE, S. B.; MORSE, M.; NACKOUL, K. *Cognitive principles and techniques: A video series and workbooks*. Albuquerque, NM: Creative Cognitive Therapy Productions, 1992.

- NIEMEYER, R. A.; FEIXAS, G. The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy*, 21 (3), 281-292, 1990.
- OVERHOLSER, J. C. Elements of the Socratic method: I. Systematic questioning. *Psychotherapy*, 30, p.67-74, 1993a.
- _____. Elements of the Socratic method: II. Inductive reasoning. *Psychotherapy*, 30, p.75-85, 1993b.
- PALMER, A. G.; WILLIAMS, H.; ADAMS, M. *Cognitive behavioral therapy in a group for bipolar patients*. (Manuscript submitted for publication), 1994.
- PARROT, C.A.; HOWES, J. L. The application of cognitive therapy to post-traumatic stress disorder. In: VALLIS, T. M.; HOWES, J. L.; MILLER, P. C. (eds.). *The challenge of cognitive therapy: Applications to nontraditional population*, p.85-109. New York: Plenum Press, 1991.
- PERRIS, C.; INGELSON, U.; JOHNSON, D. Cognitive therapy as a general framework in the treatment of psychotic patients. In: KUEHLWEIN, K. T.; ROSEN, H. (eds.). *Cognitive therapy in action: Evolving innovative practice*, p.379-402. San Francisco: Jossey-Bass, 1993.
- PERSONS, J. B. *Cognitive therapy in practice*. New York: W. W. Norton, 1989.
- PERSONS, J. B.; BURNS, D. D.; PERLOFF, J. M. Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12, p.557-575, 1988.
- ROSEN, H. The constructivist-development paradigm. In: DORFMAN, R. A. (ed.). *Paradigms of clinical social work*, p.317-355. New York: Brunner/Mazel, 1988.
- RUSH, A. J., BECK, A. T.; KOVACS, M.; HOLLON, S. D. Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1 (1), p.17-37, 1977.
- SAFRAN, J. D.; VALLIS, T. M.; SEGAL, Z. V.; SHAW, B. F. Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10, p.509-526, 1986.
- SALGOVSKIS, P. M.; KIRK, J. Obsessional disorders. In: HAWTON, K.; SALGOVSKIS, P. M.; KIRK, J.; CLARK, D.M. (eds.). *Cognitive-behavior therapy for psychiatric problems: A practical guide*, p.129-168. New York: Oxford University Press, 1989.
- SCOTT, J.; WILLIAMS, J. M. G.; BECK, A. T. (eds.). *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*. New York: Routledge, 1989.
- THASE, M. E.; BOWLER, K.; HARDEN, T. Cognitive behavior therapy of endogenous depression: Part 2. Preliminary findings in 16 unmedicated inpatients. *Behavior Therapy*, 22, p.469-477, 1991.

- THOMPSON, L. W.; DAVIES, R.; GALLAGHER, D.; KRANTZ, S. E. Cognitive therapy with older adults. In: BRING, T. L. (ed.), *Clinical gerontology: A guide to assessment and intervention*, p.245-279. New York: Haworth Press, 1986.
- TURK, D. C.; MEICHENBAUM, D.; GENEST, M. *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. New York: Guilford Press, 1983.
- WARWICK, H. M. C.; SALKOVSKIS, E. M. Hypochondriasis. In: SCOTT, J.; WILLIAMS, M. G.; BECK, A. T. (eds.). *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*, p.50-77. Londo: Routledge, 1989.
- WEISSMAN, A. N.; BECK, A. T. *Development and validation of the dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Canadá, 1978.
- WOODY, G. E.; LUBORSKY, L.; MCCLELLAN, A. T.; O'BRIEN, C. E.; BECK, A. T.; BLAINE, J.; HERMAN, I.; HOLE, A. Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Archives of General Psychiatry*, 40, p.1081-1086, 1983.
- YOUNG, J. E. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, 1990.
- YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. *Reinventing your life: How to break free of negative life patterns*. New York: Dutton Press, 1994.

ÍNDICE

■ A

- Abuso de drogas. *Ver* Abuso de substância
- Abstração seletiva, 135
- Abuso de álcool. *Ver* Abuso de substância
- Abuso de substância, 18, 25, 92, 305, 314
- Adivinhação. *Ver* Catastrofização
- Afeto. *Ver* Emoções
- Afirmações “tenho que” 135
- Aliança paciente/terapeuta, 21-22. *Ver também* Relacionamento terapêutico
- Análise de problema, 302, 303
- Anorexia, 25
- Assertividade, usando *role-play* (dramatização) para ensinar, 234-237
- Ativação comportamental, 365
- Autocomparação, 240-244
- Auto-revelação, 181, 192
- Auto-relato; questionários objetivos, 45

■ B

- Beck, Aaron, T., 1 ff
- Bibliografia, para terapeutas, 335-337, 339
- Biblioterapia, 56, 57, 191, 266, 339

■ C

- Caderno de notas, 279
- Calendário, 279
- Cartões de enfrentamento, 169, 151, 192, 215, 230-234
 - ativando um paciente; instruções (cartão nº 3), 231-232

- estratégias (cartão nº 2), 231-232
- resposta adaptativa a pensamento automático (cartão nº1), 230-231
- Catastrofização, 135, 136, 251-252, 313
- Cognições quentes, 96-98
- Cognições do terapeuta, 89-90, 283-284, 320-321, 327-328
- Comportamento. *Ver também* monitoração/programação de atividades
 - estratégias compensatórias, 157-160
 - pensamentos automáticos e, 33-35
- Construção de imagens, 52-53, 108, 202, 245, 263, 311
 - automática, 93
 - catastrófica, 251-252
 - educando pacientes, 247-248
 - espontânea, 248-259
 - enfrentando a imagem, 253-254
 - indo à frente no tempo, 252-253
 - mudando a imagem, 254-256
 - repetindo a imagem, 257
 - seguindo até a conclusão, 249-252
 - substituindo/interrompendo/distraíndo, 257-258
 - testagem de realidade, 256
 - identificação de imagens, 245-247
 - induzindo, como ferramenta terapêutica, 259-263
 - orientada, 202
- Crenças, 31-32, 76, 133 *Ver também* Crenças centrais; Crenças Intermediárias,
 - vantagens/desvantagens de crenças, examinando, 165-166
 - crenças novas, formulando, 166-167, 191-192
 - educando pacientes, 164-165, 188-191
 - hierarquia de, e pensamentos automáticos, 157-160
 - modificação, 163-181, 188-198
- Crenças intermediárias, 32-33, 133
 - identificando, 153-163
 - obtenção direta, 160
 - questionário de crença, 163
 - técnica da flecha descendente, 161-162, 165
 - modificando, 163-181. *Ver também* entradas principais, ex., Questionamento socrático
 - agindo “como se”, 180
 - auto-revelação, 181
 - continuum cognitivo, 172-174
 - estratégias, 167-181
 - formando crenças novas, 166-167

- mudando para forma de suposição, 165
- pontos de referência, usando outros como, 176-179
- role-play* (racional-emocional), 174-176
- vantagens/desvantagens de, examinando, 165-166
- testando a validade, 170-172

Crianças

- como pontos de referência, 179
- em terapia, 49

Cognições. *Ver* Pensamentos automáticos; Crenças

Colaboração, 22, 24, 320. *Ver também* relacionamento terapêutico

Conceituação, 27, 29-40, 34, 35, 153, 154-167, 183, 318, 319. *Ver também* Diagrama de

Conceituação cognitiva. *Ver* Conceituação

Conceituação Cognitiva; Crenças centrais; Crenças intermediárias; Pensamentos automáticos

Continuum cognitivo, 172-174, 192

Contrastes extremos, 192-198

Coping with Depression, 56, 267, 338

Crenças centrais, 31-32, 76, 153, 182-208, 311-312

- categorizando, 184-186

- desamparo, 185

- educando o paciente, 187-191

- identificando, 184-187

- novas, fortalecedoras, 191-192, 194-198

- não ser capaz de ser querido, 185

- pensamentos automáticos como, 139

- testagem histórica, 192, 199-200

- contrastes extremos, 198

- metáforas, 192, 198

- modificando, 184, 181-188

- técnicas, 192

- testagem histórica, 199-200

Checagem de humor, 45-47, 62-64, 91-93, 226, 304

- Tabela de atividades, 225

■ D

Dados históricos dos pacientes, 188

- Declarações “deveria”, 135
- Depressão, 175, 221-222, 299
em internação hospitalar, 18
recorrente, 18
seqüência conduzindo a, 38-39
unipolar, 330
- Descoberta orientada, 24. *Ver também* Técnica de flecha descendente
- Desorganização e tarefa de casa, 278-279
- Devaneio. *Ver* Visualização
- Diagrama de Conceituação Cognitiva, 35, 153-159, 187, 266, 304, 329
- Diagrama de Conceituação de Caso. *Ver* Diagrama de Conceituação Cognitiva
- Diários de declaração positiva, 240-244, 289
- Disfuncional
meios adicionais de, 151-152
superficial, 138-139
Registros; Reestruturação cognitiva
do terapeuta, 89-90, 283-284, 320-321, 327-328
utilidade de, 136-137
validade/utilidade, 93, 133
verbal, 93
visual, 93
- Disfuncionais
anotações de terapia. *Ver* Notas
avaliação das sessões, 318
declarações de enfrentamento, 129
para envolver pacientes, 48-49
tarefas de casa, 72, 272
- Distorções cognitivas, 134-136
- Distração, 227-229, 258, 289
- Dor crônica, 18
- Dramatização (*Role-play*), 100, 127, 178, 200, 202, 206-207, 234-237
racional-emocional, 174-176, 192, 275-276

■ E

- Educando o paciente, 23, 325
sobre construção de imagens, 247-248

- sobre crenças, 164-165
 - crenças centrais, 188-191
- sobre o modelo cognitivo, 49-53
- sobre pensamentos automáticos, 93-96
- sobre seu transtorno, 54-56
- Ellis, Albert, 17
- Emoções, 92, 310
 - distinguindo entre, 113-114
 - grau de dificuldade em classificar, 117-120
 - intensidade de, como guia de terapia, 120, 283
 - mudança de afeto, 31
 - negativas, 110, 116
 - pensamentos automáticos *versus*, 111-113
 - positivas, 110
 - reações secundárias, 101
 - rotular, dificuldade em, 114-116
- Ensaio encoberto, 172, 297, 273-275, 277
- Escala Beck de Desamparo, 45, 340
- Escala de Atitude Disfuncional, 163
- Escala de domínio. *Ver* Escala de realização
- Escala de Intensidade Emocional, 118
- Escala de prazer, 216-217, 219, 220, 226
- Escala de realização, 216, 217, 219, 220, 226
- Esquemas, 182. *Ver também* Crenças centrais
- Esquizofrenia, 18, 314
- Estabelecimento de metas, 47-49
 - técnica do gráfico com formato de torta, 237-238
- Estratégias compensatórias, 157-160
- Exemplos de caso, 252-253, 262-263
- Expectativas para terapia, 53-54, 322
- Experiências comportamentais, 137, 213-216
- Exposição graduada, 232-234
- Evitação, 270-271

■ F

Fator tempo, 23, 53-54, 87, 88, 89
construção de imagens, 252-253

Feedback, 43-44, 57-60, 75-76, 305, 316, 317, 320
negativo, 84, 89

Filtro mental, 135

Fitas de áudio de sessões de terapia, 49, 80, 151, 266, 316, 317-318, 330

Fobia social, 18, 313

Formulários

amostras. *Ver* entradas principais, ex.,
Minuta de Crença Central
preenchendo, 45-46, 62, 81-83

■ G

Guidano, Vittorio, 17

■ H

Hipocondríase, 18

Hipomania, 92

■ I

Identificação de problema, 102-104
focalizando um problema, 308-313
colhendo dados, 308-310
considerações práticas, 309
estágio de terapia do paciente, 309-310
mudando o foco, 310-311
opções, 308-309
sessão inicial, 47-49

Infância

crenças da, 32, 182, 187-188, 198, 199-200
dados relevantes de, 157
reestruturando memórias de, 200-208

Idade dos pacientes, 18

Indícios, verbais/não-verbais, 96, 97, 317
Imperativos, 135
Interpretações, 104-105
Intervenção em crise, 43
Intervenções, 325
Inventário Beck de Ansiedade, 45, 340
Inventário Beck de Depressão, 45, 318, 340

■ L

Lazarus, Arnold, 17
Leituras
 como biblioterapia, 56, 57, 191, 266, 339
 para terapeutas, 335, 337, 339
Leitura mental, 135
Ligando sessões, 64-66, 84, 310
Liotti, Giovanni, 17
Lista de créditos. *Ver* Diários de autodeclaração positiva

■ M

Magnificação, 135
Mahoney, Michael, 17
Mania, 92
Manual e Escala de Terapia Cognitiva, 330, 341
Meichenbaum, Donald, 17
Mensagens de telefone, 279
Metáforas, 192, 198
Metas da terapia, 22, 41, 42, 60, 69, 78, 110, 285, 300, 301, 324
Minimização, 135
Minuta de Crenças Centrais (MCC), 177, 192-198, 244, 267, 269
Minuta de Ligação de Sessão, 65-66, 84, 266

Minuta de Resolução de Problemas, 210, 211

Minuta de Resumo de Caso, 35, 331-334

Modelo cognitivo, 17, 25, 26, 32, 33, 34, 64, 94, 95, 123

- categorias de, 111
- conceituação, 30-31
- educando pacientes sobre, 49-53, 322

Modificação cognitivo-comportamental, 17

Motivação do paciente, cartão de enfrentamento, 231-232

Mudança cognitiva. *Ver* Reestruturação cognitiva

■ N

Notas

- de terapia, 42, 77, 78
- do paciente, 49, 72, 76, 77, 141, 151, 167, 266, 298
- do terapeuta, 42, 77, 78

■ O

Organizações, profissionais, 330, 342

■ P

Pacientes analfabetos, 49

Paciente suicida, 43, 48

Pensamentos

- automáticos. *Ver* Pensamentos automáticos
- descontando o positivo, 135
- distorções cognitivas, 134-136
- interrompendo, 257-258
- polarizados, 172
- telegráficos/pergunta, 106-108
- tudo-ou-nada, 135

Pensamentos automáticos, 26-27, 30-31, 32, 53, 68-69, 71, 72, 76, 92, 95, 214, 208-281, 288, 310

- avaliando, 121-140. *Ver também* Questionamento socrático
- efetividade de, 137-138
- inefetivos, 138-140
- questionamento, 124-132, 136-137

- questionamento alternativo, 132-134
- características de, 91-93
- cartões de enfrentamento, 230-231
- como crença central, 139
- como perguntas, 106-108
- comportamento e, 33-35
- cognições quentes, 96-97, 98
- distração, 227-229
- exemplo de caso, 38, 68-69, 92, 122-124, 127-128, 138-139
- emoções *versus*, 111-113
- erros de pensamento, 135
- explicando para pacientes, 93-96
- focalizando em, 121-123
- hierarquia de crenças e, 157-160
- identificando, 91-109, 270, 323
 - dos terapeutas, 328-329
 - em situação específica, 98-101
 - ensinando pacientes, 108-109
 - pensamentos adicionais, 101-102
 - resumo de técnicas, 97
- imaginário. *Ver construção de imagens*
- interpretação *versus*, 104-105
- monitorando, para tarefa de casa, 265-266
- obtenção, 96-97
 - na sessão, 96-98
 - pensamento/imagem mais central, 138
- pensamentos implícitos *versus* palavras reais, 105-106
- refocalizando, 227-229
- relevantes, 105
- respondendo a, 141-152, 323. *Ver também* Registros de Pensamento

Pensamento polarizado, 172

Pensamentos de dúvida, 106-108

Pensamentos telegráficos, 106-108

Perfeccionismo, 283

Personalização, 135

Planejando o tratamento, 300-315, 320. *Ver também* Estabelecimento do roteiro entre

- sessões, 76-77, 301

- sessões individuais, 302-338

Ponto-contraponto. *Ver* Dramatização de papel, racional-emocional

Prevenção de recaída. *Ver* Terminação/prevenção de recaída

Problemas de casais, 18, 314

Problemas na terapia, 316-330

conceituando, 318-326

pontos emperrados, 326

remediando, 326-327

revelando a existência de, 316-318

Procrastinação, 278

Programas de treinamento, 341

Programação do roteiro, 44-45, 61, 66-68, 84-87, 305, 321

desviando do roteiro, 67

Programação/monitoração de atividades, 216-227, 288

Programas de treinamento, 341

Problemas com a estruturação das sessões, 78-79

atualização, brevidade da, 80-81

checagem de humor, 81-83

cognições do terapeuta, 89-90

estabelecimento do roteiro, 84-87

feedback, 89

indisposição (do paciente) em adaptar-se à estrutura, 79-81

itens do roteiro, discussão de, 87-88

ponte da sessão anterior, 84

resumo final, 88-89

rigidez do terapeuta, 80

sociabilização do paciente, 79-80

tarefa de casa

tarefas novas, 88

revisão de, 87

Progredindo como terapeuta, 25-27, 328-330

Progredindo na terapia, 286, 290

atribuindo ao paciente, 287-288

■ Q

Quadro mental. *Ver* Visualização

Questionamento socrático, 24, 94, 95, 134, 128, 132, 166, 202, 210, 215, 256, 291

para modificar crenças, 168-170, 181, 192

Questionário de crença, 162-163

Questionários, 45, 81-83, 163, 339-340

■ R

Raciocínio emocional, 135

Reestruturação cognitiva. *Ver também* Resposta adaptiva; pensamentos automáticos, avaliando, respondendo a; Crenças, habilidades de modificação, 78
mal-sucedido, 138-140
maximizando a mudança cognitiva, 323

Recordação imaginária, 114

Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD), 76, 141, 143, 145, 147, 149, 151, 229, 256, 266, 269, 270, 288, 311
antecipando problemas, 273-276
colaboração, 271
começando na sessão, 272
como uma proposição sem perdas, 271-272
construção de imagens, 247
diretrizes, 88, 264, 269-277
diretrizes para uso, 143
dramatização racional-emocional, 275-276
embasamento lógico, 270-271
lembrando tarefas, 272-273
motivando pacientes a usar, 149-151
notas escritas, 49, 72, 76, 78, 141, 151, 167
planejando sob medida para o indivíduo, 269-270
preparando para resultado negativo, 276-277
revisando, 68-69, 87, 284, 306
tarefas contínuas, 265-266

Rapport terapeuta/paciente. *Ver* Relacionamento terapêutico

Recursos para terapeutas, 341-342

Refocalizando, 227-229, 258, 289

Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais. *Ver* Registro de Pensamento Registros escritos. *Ver também* Cartões de enfrentamento; Registro de Pensamentos Regras. *Ver* crenças intermediárias

Reinventing Your Life, 191

Relacionamento terapêutico, 21-22, 24, 39, 43-44, 57, 60, 75-76, 83, 84, 89, 320.
Ver também

Relato de terapia, 57-58, 76

Resolução de problemas, 22, 78, 86, 152, 209-210, 255, 265, 303, 322

Resposta adaptativa, 131-132, 139-140. *Ver também* Reestruturação cognitiva cartões de enfrentamento, 230-231

Retrocessos durante a terapia, 75, 289-291

Ritmo, 87-88, 321-322

Rotulando, 135

■ S

Sessões de encorajamento, 294, 296-299

Sessão inicial

- anotações sobre o modelo cognitivo, 50
- checagem de humor, 45-46
- estabelecimento do roteiro, 44-45
- identificação de problemas e estabelecimento de metas, 47-48
- metas e estrutura de, 44-46, 60
- prevenção da recaída, 285-287
- reação negativa a, 59
- resumo, 56-57
- tarefa de casa, 56-57

Socialização do paciente, 79, 82-83, 322-323

Supergeneralização, 135

Suposições. *Ver* Crenças intermediárias

Sessões

- autoterapia, 294-296
- de encorajamento, 294, 296-299
- entendimento do paciente das, 325
- estrutura e forma, 24, 41-42, 61-78, 321-322
 - checagem de humor e atualização, 62-64
 - estabelecimento do roteiro, 61, 66-68
 - feedback*, 75-76
 - melhora, informando o paciente sobre a trajetória de, 73-74
 - ponte com a sessão anterior, 64-66
 - problemas. *Ver* Problemas em estruturar sessões
 - revisão de tarefa de casa, 67-68
 - resumo final, 75-76
 - resumos, periódicos, 74
 - tópicos do roteiro, 69-74

- fechando a sessão, 307-308
- objetivos, 324
- penúltima, 269
- planejando. *Ver* Planejando o tratamento
- plano de tratamento para, 301-302
- preparando-se para, 266-267
- primeira sessão. *Ver* Sessão inicial
- reduzir gradualmente, vantagens/desvantagens de, 291, 292
- revisando
 - a semana do paciente, 304-305
 - sessões anteriores, 266, 308

■ T

Tabela de Atividade, 216-227

- agendando atividades, 255-227
- medindo humores, 225
- revisando a semana seguinte, 221-223

Tabela de emoção, 114-116

Tarefa de casa, 56-57, 60, 73, 86, 110, 128-129, 141, 150, 264, 284, 323

- conceituando dificuldades, 87, 277-284
 - cognições do terapeuta, 284
 - desorganização, 278-279
 - ensaio encoberto, 273-275
 - esquecendo embasamentos lógicos, 278
 - perfeccionismo, 283
 - previsões negativas, 280-281
 - problemas práticos, 277-279, 283
 - problemas psicológicos, 280-284
 - procrastinação, 278
 - superestimando exigências de tarefa, 281-283
- experiências comportamentais, 113-216
- modificação de crença, 168-190
- mudando tarefas, 275
- sobre pensamentos automáticos, 95-96
- tarefas adicionais, 266-267

Técnica “Como se”, 180-192

Técnica contrastante, 196-197

Técnica da flecha descendente, 124, 161-162, 165, 182, 187

Técnica de distanciamento, 130, 198, 206-263

- Técnica do gráfico em forma de torta, 237-240
 - causalidade, 238-240
 - estabelecendo metas, 237-238
- Técnicas, 288-289. *Ver também* entradas principais, ex., Monitoração/agendamento de atividade
- Técnicas de enfrentamento. *Ver também* entradas principais, ex., Técnicas de relaxamento na construção de imagens, 253-254
 - ensaio de, 259-260
- Técnicas de relaxamento, 229-280, 258, 289
- Tempo presente, uso do, 99, 203
- TEPT. *Ver* Transtorno de estresse pós-traumático
- Terapia cognitiva *Ver também* entradas principais, ex., Princípios da terapia cognitiva
 - estudos controlados, 18
 - organizações profissionais, 342
 - recursos para terapeutas, 341-342
- Terapia cognitivo-comportamental (Meichenbaum), 17
- Terapia comportamental, 24
- Terapia de grupo, 18
- Terapia familiar, 18
- Terapia gestalt, 24, 202
- Terapia multimodal (Lazarus), 17
- Terapia racional-emotiva (Ellis), 17
- Terminação/prevenção da recaída, 285-299
 - atividades ao longo da terapia, 287-291
 - ferramentas/técnicas, 288-289
 - progresso atribuído ao paciente, 287-288
 - atividades próximas ao término, 291-294
 - revisando o que foi aprendido, 293-294
 - sessões de autoterapia, 294-295
 - primeira sessão, atividades, 285-287
 - retrocessos, preparando para, 289-291, 294
 - sessões de encorajamento, 294, 296-299
- Testagem histórica de crença central, 192, 199-200
- Tomada de decisões, 200-213, 289
- Tópicos do roteiro
 - discussão de, 69-74

- problemas , 87-88, 321
- papel do terapeuta, 306-307
- priorizando, 305-306

Transtorno bipolar, 314

Transtorno de ajustamento, 330

Transtorno de ansiedade (generalizada), 18, 25, 217, 296, 313, 330

Transtorno depressivo (maior), 18, 19, 54-55, 76, 95, 270

Transtorno de estresse pós-traumático, 18, 314

Transtorno de pânico, 18, 25, 313

Transtorno de personalidade narcisista, 92

Transtorno obsessivo-compulsivo, 18, 313-314

Transtornos alimentares, 18, 25, 314

Transtornos de personalidade, 18, 92, 182, 184, 314

Transtornos do eixo I/Eixo II, 42, 43, 183-184, 200, 202. *Ver também* entradas principais, ex., Transtorno bipolar

Transtornos psiquiátricos, 240-241

■ V

Vantagens/desvantagens de reduzir gradualmente a terapia, 291, 293

- pesagem, 165-213, 289

Verificação de medicação, 64, 305, 314

Visão em túnel, 135

Videoteipes das sessões de terapia, 80, 316, 330